

**Aus der Abteilung
für Psychosomatische Medizin
Prof. Dr. Thomas Loew
der Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg**

**Operationalisierte Indikationsstellung in der akut-stationären psychosomatischen
Versorgung. Eine erste Auswertung, Korrelation und Evaluation der Daten zweier
bayerischer Kliniken.**

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

Der
Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von

Simon Rank

2014

**Aus der Abteilung
für Psychosomatische Medizin
Prof. Dr. Thomas Loew
der Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg**

**Operationalisierte Indikationsstellung in der akut-stationären psychosomatischen
Versorgung. Eine erste Auswertung, Korrelation und Evaluation der Daten zweier
bayerischer Kliniken.**

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

Der
Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von

Simon Rank

2014

Dekan: Prof. Dr. Dr. Torsten E. Reichert

Berichterstatter/in: 1. Prof. Dr. Thomas Loew

2. Prof. Dr. Karin Tritt

Tag der mündlichen Prüfung: 26.10.2015

Meiner Familie in Dankbarkeit.

Inhaltsverzeichnis

1. Indikationsstellung in der Psychotherapie	4
2. Studienbeschreibung	5
3. Instrumente und Methoden	5
3.1 Statistik	5
3.2 Der Indikationsbogen	5
3.3 Das ICD-10-Symptom-Rating (ISR)	5
3.4 Die telefonische Katamneseerhebung	6
3.5 Der Katamnesebogen.....	6
4. Stichprobenbeschreibung	6
5. Ergebnisse der deskriptiven Untersuchung der operationalisierten Indikationsstellung	8
5.1 Welche Indikationsitems sind nötig, um alle Patienten der Stichprobe zu erfassen?..	8
5.2 Wird mindestens eine Indikation immer als „stark“ eingeschätzt?	11
5.3 Was kann beobachtet werden, wenn nichts „stark“ ausgeprägt ist?	11
5.4 Verändert sich die Indikationsstellung von Woche zu Woche in signifikanter Weise, ergibt eine wöchentliche Überprüfung der Indikation aus statistischer Sicht Sinn?	13
5.5 Polytome Bewertung in der statistischen Auswertung	15
6. Korrelation der Indikationsdaten mit dem ICD-10-Symptom-Rating	15
6.1 Anmerkungen zur Stichprobe der Klinik St. Lukas in Bad Griesbach.....	16
6.2 Deskriptive Statistik der ISR-Skalen	16
6.3 Ergebnisse der Korrelationsanalysen.....	17
7. Ergebnis der Korrelation der Indikationsdaten mit der Art der Beendigung.....	21
8. Ergebnisse der Korrelation der Indikationsdaten mit den Katamnesen	21
8.1 Deskriptive Statistik der Katamnesen.....	22
8.2 Ergebnisse der Korrelationsanalysen.....	26
9. Zusammenfassung der Studienergebnisse	41
10. Diskussion und Schlussfolgerungen.....	42
10.1 Stichprobe und Ergebnisse der deskriptiven Untersuchung der operationalisierten Indikationsstellung.....	42
10.2 Deskriptive Statistik der ISR-Skalen	44
10.3 Stichprobe und Ergebnisse der Korrelation der Indikationsdaten mit dem ICD-10- Symptom-Rating.....	45
10.4 Stichprobe und Ergebnisse der Korrelation der Indikationsdaten mit der Art der Beendigung.....	47

10.5	Stichprobe und Ergebnisse der Korrelation der Indikationsdaten mit den Katamnesen	48
10.6	Fazit	52
11.	Literaturverzeichnis.....	53
12.	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis.....	55
13.	Anhang	57
13.1	Indikationsbogen	57
13.2	ICD-10-Symptom-Rating	59
13.3	Die Katamnesen.....	61
13.4	Die Art der Beendigung.....	80
13.5	Katamnesefaktoren	81
14.	Eigenständigkeitserklärung	91
15.	Danksagung	92

1. Indikationsstellung in der Psychotherapie

Indikationsstellung ist in Deutschland längst keine Entscheidung mehr, die Therapeuten alleine treffen. Der Gesetzgeber regelt eindeutig, dass sie nur im Rahmen wissenschaftlich anerkannter Verfahren erfolgen kann (§70 Abs. 1 SGB V, §§9 Abs. 3, 11 VerfOGBA). Im Bereich psychotherapeutischer Verfahren liegt das zentrale Augenmerk dabei auf ihrer Wirksamkeit (Perrez 2005), deren Beurteilungsmaß der Begriff „Indikation“ gemäß seiner Definition (Pschyrembel 2002) in der Medizin selbst vorgibt.

Für das weite Feld der Psychotherapie trifft letzteres jedoch nicht zu. Wirksamkeit in der Psychotherapie ist vielmehr ein Bündel von Einzelaspekten, die zueinander in Bezug gesetzt werden müssen, um sie als Ganzes beurteilen zu können.

Multimodalität, Abstraktionsgrad, Vergleichsmaßstab und Zeitabhängigkeit wurden in diesem Zusammenhang von Urs Baumann als Aspekte einer Wirksamkeitsbeurteilung herausgearbeitet (Baumann 1998). Die Variation der Bezugsebene (z.B. biologische, psychische, soziale) sowie der Datenquelle (z.B. Selbst- versus Fremdbeurteilung) entsprechen bei der Planung und Durchführung von Wirksamkeitsuntersuchungen der Multimodalität, die unterschiedlichen Operationalisierungsmöglichkeiten dem Abstraktionsgrad. Als Vergleichsmaßstab eignen sich die bekannten Arten von Kontrollgruppen.

Da sich Indikationen immer nur auf einen Zeitraum beziehen können, erscheint eine kombinierte Untersuchung des Erfolgs - aber auch Misserfolgs (Mohr 1995) - sinnvoll (z.B. Katamnese) und trägt einer unbestreitbaren Zeitabhängigkeit der Wirksamkeit Rechnung.

Martin Seligmann brachte die *effectiveness* (Seligmann 1995), Philip Kendall die *clinical significance* (Kendall 1999) von Psychotherapie in die Diskussion der Aspekte ein, die bei der Beurteilung ihrer Wirksamkeit berücksichtigt werden sollten. Beide Begriffe verweisen auf die klinische Umsetzung der Ergebnisse der Psychotherapieforschung, deren Gesichtspunkte bei dem Versuch, der gesetzlichen Vorgabe wissenschaftlicher Anerkennung gerecht zu werden, aus dem Blick geraten können. Ob sich therapeutische Maßnahmen in der Praxis bewähren, muss bei der Beurteilung der Wirksamkeit als Ganzes daher genauso mit einbezogen werden, wie beim Vergleich mehrerer Verfahren der klinische Unterschied, der dem statistisch ermittelten Unterschied entsprechen kann, aber nicht muss.

Meinrad Perrez komplettierte das Bündel mit der Berücksichtigung der Kosten und einer ethischen Begründung der Ziele und Methoden (Perrez 2005).

So können wissenschaftliche Erkenntnisse nicht mehr als eine Grundlage für Entscheidungen sein, die zu individuellen passenden Ergebnissen führen.

Standardisierte Operationalisierung macht die Indikationsstellung in wissenschaftlich anerkannter Weise vergleichbar und ermöglicht statistische Aussagen über die Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren. Sie ist ein Beitrag zur Strukturierung und Formalisierung der psychotherapeutischen Arbeitsfelder, verfolgt jedoch nicht das Ziel, den notwendigen Freiraum von Einrichtungen und Therapeuten weiter einzuschränken. Vielmehr soll sie ein Brückenschlag zwischen Formalisierung einerseits und individueller Abstimmung andererseits sein und dabei helfen, die individuell richtige Therapie für jeden Patienten zu finden.

2. Studienbeschreibung

An acht bayerischen Kliniken für psychosomatische Medizin werden seit 2006 die Indikationen für eine akutstationäre Aufnahme erstmals operationalisiert erfasst (Anhang 1). Die 35 Punkte umfassende Itemliste fragt psychische, biologische und soziale Indikationen ab, wird vom aufnehmenden Therapeuten erhoben und wöchentlich überprüft. Dabei ist eine Abstufung des Schweregrads in „trifft nicht/wenig/etwas/stark zu“ vorzunehmen. Die vorliegende Studie vollzieht anhand 805 konsekutiver Indikationsbögen eine erste Auswertung und Evaluation des neuen Instruments, mit dem Ziel, Grundlagen für eine Modifikation zu schaffen.

Anschließend wurde für Untergruppen des Kollektivs eine Beziehung der Indikationsdaten zum Behandlungserfolg (Anhang 3, Katamnesen des Folgejahres) und dem ICD-10-Symptom-Rating (Anhang 2) hergestellt. Ein Zusammenhang zur Art der Beendigung der Behandlung (Anhang 4) konnte nicht nachgewiesen werden.

3. Instrumente und Methoden

3.1 Statistik

805 konsekutive Indikationsbögen aus zwei psychosomatischen Kliniken wurden für IBM® SPSS® Statistics 19 aufbereitet und mit deskriptiven Verfahren auf oben genannte Fragestellungen hin untersucht. Nach Erfassung der ICD-10-Symptom Ratings, der Art der Beendigung der Behandlung der betreffenden Patienten des gleichen Jahres sowie der Katamnesen des Folgejahres erfolgten für Stichprobenuntergruppen Korrelationsanalysen. Die Bewertung der Korrelationen entspricht in dieser Studie der Einteilung nach Untersteiner (2007):

Wert des Korrelationskoeffizienten	Interpretation
$0 < r \leq 0,2$	keine bis sehr geringe Korrelation
$0,2 < r \leq 0,5$	geringe (schwache) Korrelation
$0,5 < r \leq 0,7$	mittlere Korrelation
$0,7 < r \leq 0,9$	hohe (starke) Korrelation
$0,9 < r \leq 1$	sehr hohe (perfekte) Korrelation

Tab. 1 Interpretation des Korrelationskoeffizienten

3.2 Der Indikationsbogen

Die 35 Punkte umfassende Itemliste des Indikationsbogens fragt psychische, biologische und soziale Indikationen ab, wird vom aufnehmenden Therapeuten erhoben und wöchentlich überprüft. Dabei ist eine Abstufung des Schweregrads in „trifft nicht/wenig/etwas/stark zu“ vorzunehmen. Anhang 1 zeigt den gedruckten Bogen, wie er in der Klinik Donaustauf verwendet wurde. Die Fachklinik St. Lukas in Bad Griesbach ließ den Bogen zur digitalen Erfassung in *cibait iQ/5 clinical Software* der Cibait AG implementieren.

3.3 Das ICD-10-Symptom-Rating (ISR)

In strenger Anlehnung an der ICD-10 wird beim ISR im Selbstbeurteilungsverfahren der Schweregrad der psychischen Symptomatik ermittelt. Die in Anhang 2 ersichtlichen 29 Fragen sind in sechs Skalen untergliedert und klären die typischen Symptome eines Syndroms (Likert-Skalen, Tabelle 8).

Die Patienten müssen bei jeder Frage zwischen „trifft nicht/kaum/ziemlich/deutlich/extrem zu“ wählen, was jeweils einem bestimmten Wert entspricht. Diese Einzelwerte werden zu

einem Summenscore addiert, der durch die Anzahl der in die Skala eingehenden Items dividiert wird. Das Ergebnis gleicht fehlende Werte aus und stellt einen Mittelwert der Skalenitems, einen sog. Skalenscore, dar.

Die Summe der Skalenscores durch die Zahl der Skalen geteilt ergibt den sog. Gesamtscore, der die Beeinträchtigung durch alle Symptome anzeigt. Fehlt eine gesamte Einzelskala, wird von seiner Ermittlung abgesehen.

Die Zusatzskala umfasst zwölf Items und sucht nach unterschiedlichen Syndromen, unter anderen solche, die nicht spezifisch für eine bestimmte Erkrankung sind (z.B. Appetitlosigkeit). Sie geht aufgrund ihres Umfangs in doppelter Wertung in den Gesamtscore ein.

3.4 Die telefonische Katamneseerhebung

In der telefonischen Katamneseerhebung der Klinik Donaustauf werden offene Fragen zur Zufriedenheit mit der Behandlung, dem Befinden im Vergleich zu damals und der Weiterbehandlung der Symptomatik, die den Patienten in die Klinik führte, gestellt. In diesem Zusammenhang wird nach Annahme medikamentöser, ambulanter, stationärer sowie allgemein psychotherapeutischer Hilfe seit dem Bezugsaufenthalt gefragt sowie eine Einschätzung erbeten, was diese ggf. gebracht hat. Darüber hinaus wird die Schulbildung erfasst. Eine Teilnahmeverweigerung an der telefonischen Befragung wird begründet dokumentiert.

Das Telefoninterview sieht offene Fragen vor, deren Antworten codiert werden. Die Codierung ist dem Abschnitt der betreffenden deskriptiven Statistik und Korrelation zu entnehmen.

3.5 Der Katamnesebogen

Im „Veränderungsfragebogen Erleben und Verhalten“ der Klinik Donaustauf werden die Patienten schriftlich gebeten, Angaben über ihr derzeitiges Befinden zu machen, insbesondere im Hinblick auf die Veränderungen und deren Ausmaß seit ihrem stationären Aufenthalt ein Jahr zuvor. Zunächst sollen sie dabei den Zeitraum von ihrem stationären Aufenthalt bis zum aktuellen Datum überblicken und das Ausmaß der Änderungen durch Ankreuzen oder Angeben einer Zahl beschreiben. Die Zahlen verschlüsseln vorgegebene Abstufungen des Änderungsausmaßes (42+40 Items). Anschließend sind eine Reihe von Problemen und Beschwerden in ähnlicher Weise zu bewerten, wobei erfasst wird, wie stark der jeweilige Patient ausgehend vom Katamnesezeitpunkt während der vergangenen sieben Tage durch diese gestört oder bedrängt worden ist (90 Items).

Abschließend sollen die Patienten eine Liste von Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit Beziehungen zu anderen Personen in ihrem Leben stehen, daraufhin ausfüllen, wie stark diese gegebenenfalls ausgeprägt sind (64 Items).

Der Wortlaut der Aussagen sowie die unterschiedlichen Codierungen sind Anhang 3 zu entnehmen.

4. Stichprobenbeschreibung

Die vorliegende Studie wertet die Indikationsbögen konsekutiv aufgenommener Patienten der Jahre 2007-2010 der psychosomatischen Kliniken Donaustauf (Chefarzt Prof. Dr. med. Thomas Loew) und Bad Griesbach (Chefarzt Dr. med. Günther Hitpass) aus. Es ergab sich nach Abzug der Patienten, für die der Bogen nicht oder in ungültiger Weise ausgefüllt wurde, eine Stichprobe von N=805 bei 231 Patienten. Diese setzen sich aus 124 Patienten des Jahres

2007 aus Donaustauf (N=423) sowie 107 Patienten der Jahre 2008-2010 aus Bad Griesbach (N=382) zusammen.

Das ISR wurde an der Fachklinik St. Lukas in Bad Griesbach zeitgleich erhoben. Die Katamnesen der Klinik Donaustauf stammen aus dem Jahre 2008 (1 Jahr nach Behandlungsende, Patienteneinschätzungen).

Die Klinik Donaustauf ist kooperierende Lehr- und Forschungseinrichtung der Universität Regensburg. Die Station umfasst 25 Betten. Die Behandlung gesetzlich wie privat versicherter Patienten erfolgt nach einem integrativen tiefenpsychologisch fundierten (psychodynamischen) und verhaltenstherapeutischen Konzept (Klinik Donaustauf 2012)

In der Fachklinik für Psychosomatik in Bad Griesbach werden für gesetzlich wie privat Versicherte Krankenhausbehandlungen und Rehamaßnahmen durchgeführt. Die Therapien setzen sich aus den vier großen Bereichen Einzeltherapie, Gruppentherapie und Spezialtherapie unterstützt von den Ringmodulen nach Chefarzt Dr. med. Günther Hitpass zusammen (Fachklinik St. Lukas 2012).

Geschlechts- und Altersverteilung sind in folgender Tabelle dargestellt. Abbildung 1 zeigt die Altersverteilung der Patienten in Abhängigkeit vom Geschlecht.

		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Gültig	Mann	75	32,5	32,5
	Frau	156	67,5	100,0
	Gesamt	231	100,0	

N	Gültig	231
Mittelwert		24.6.1957
Median		26.8.1956
Minimum		27.1.1928
Maximum		27.7.1990

Tab. 2 Geschlecht und Alter der Patienten

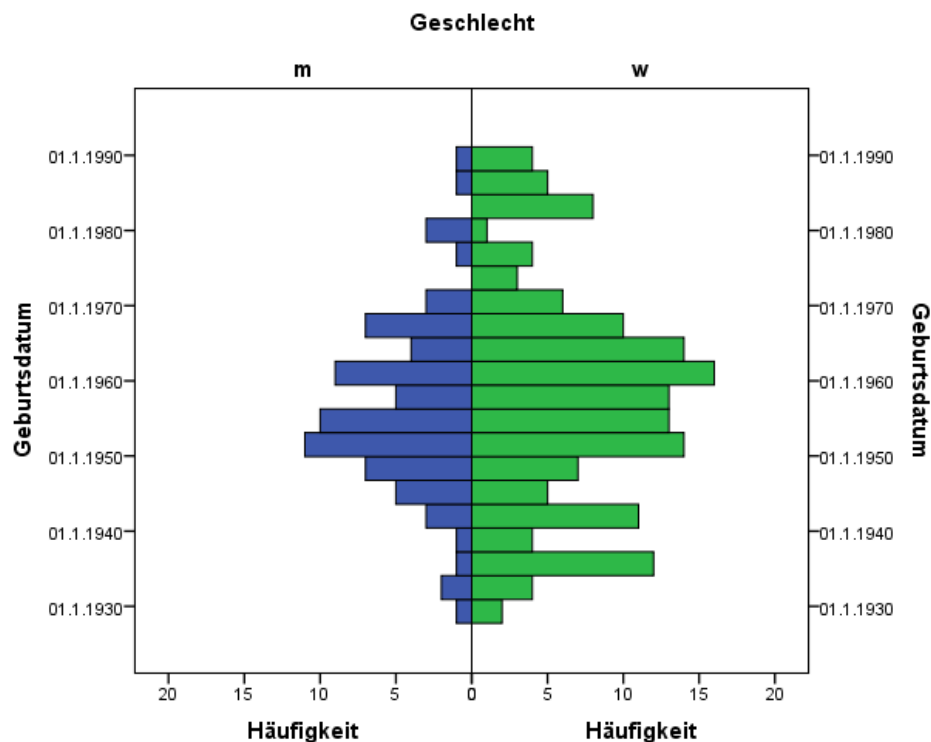


Abb. 1 Altersverteilung nach Geschlecht

Der Großteil der Patienten waren folglich Frauen im Alter von etwa fünfzig Jahren.

5. Ergebnisse der deskriptiven Untersuchung der operationalisierten Indikationsstellung

Bekanntlich werden nicht nur die öffentlichen Gelder im Gesundheitswesen, sondern auch die Zeit des behandelnden Personals immer knapper. Eine stichhaltige Überprüfung der Praktikabilität und Effizienz ist bei Einführung neuer Instrumente daher unumgänglich. Die 35 Items des Indikationsbogens erfordern bei mühelos lesbarer Schriftgröße einen zweiseitigen Druck, ihre gewissenhafte Bearbeitung entsprechend Zeit, die nur dann sinnvoll genutzt ist, wenn die Zahl der Indikationsauswahlmöglichkeiten zweckdienlich ist. Eben dieser Frage ist die folgende Untersuchung nachgegangen: Mit welchen Indikationen (Item 1-35) werden 100% der Patienten erfasst *respektive* welche Items können gestrichen werden, ohne auch nur einen einzigen Patienten nicht erfasst zu haben?

5.1 Welche Indikationsitems sind nötig, um alle Patienten der Stichprobe zu erfassen?

Abbildung 2 stellt dar, wie viele Patienten mit welcher Indikation erfasst wurden, wobei die Indikationen nach der Häufigkeit ihrer Auswahl geordnet wurden.

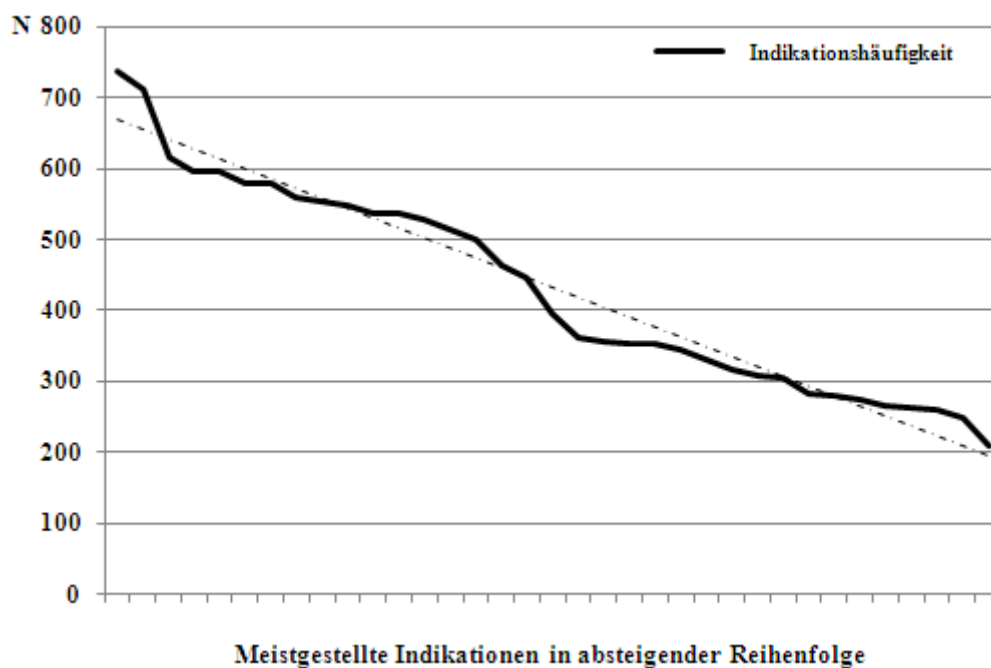


Abb. 2 Indikationshäufigkeiten in absteigender Reihenfolge der meistgestellten Indikationen

Die Analyse ergab, dass in (gerundet) 92 % der Fälle Item 12 eine Indikation für die akutstationäre Aufnahme in den Kliniken darstellte („Aufgrund der Schwere der Störung ist die erforderliche Dichte der Behandlung ambulant/teilstationär nicht zu gewährleisten“). Tabelle 3 zeigt auch die übrigen prozentualen Indikationshäufigkeiten (gerundet), wiederum in absteigender Reihenfolge der meistgestellten Indikationen. Fett gedruckt sind diejenigen Indikationen, die bereits ausreichen, um 100% der Patienten der Stichprobe mit mindestens einer Indikation zu erfassen.

Item	Wortlaut	Absolute Häufigkeit	Prozentanteil Stichprobe (N=805)	an
12	Aufgrund der Schwere der Störung ist die erforderliche Dichte der Behandlung ambulant/teilstationär nicht zu gewährleisten.	737	92%	
27	Patient muss von einer überfordernden Realität entlastet werden.	713	89%	
13	Einleitung einer komplexen, mehrdimensionalen Behandlungsstrategie unter Beobachtung der Reaktionen des Patienten auf die Behandlungsansätze, um einen geeigneten therapeutischen Zugang zu eröffnen, der dann ambulant fortgeführt werden kann.	616	77%	
1	Es liegt eine Erkrankung vor, die an sich bereits eine stationäre Behandlung erfordert, diese ist aber durch eine psychische oder psychosomatische Erkrankung kompliziert, muss jedoch nicht auf einer geschlossenen psychiatrischen Station behandelt werden.	596	74%	
5	Psychisch mitbedingte Erkrankung, deren körperliche Symptomatik einen solchen Schweregrad erreicht hat, dass ständige ärztliche Überwachung und eine spezielle Form somatischer Begleitbehandlung notwendig ist.	595	74%	
30	Patient aktuell, aber nicht dauerhaft so massiv durch die Symptomatik behindert, dass er seinen sozialen Verpflichtungen nicht nachkommen kann.	580	72%	
2	Patienten, bei denen es durch Art und Verlauf der körperlichen Erkrankung (z.B. chronifizierende Schmerzsyndrome, invalidisierende oder zum Tode führende Erkrankungen) sekundär zu schweren psychischen Veränderungen kommt.	578	72%	
28	Patient muss von einem pathogenen Milieu herausgelöst werden, um die Voraussetzungen für eine potentiell Erfolg versprechende Behandlung herzustellen.	560	70%	
3	Schwierige differentialdiagnostische Einschätzung von psychischen und somatischen Symptomen (z.B. Angststörung und Angina pectoris).	553	69%	
29	Patient leidet aufgrund seiner Störung an schwerwiegenden sozialen Folgeerscheinungen, die nur im Rahmen einer stationären/teilstationären Behandlung unterbrochen werden können.	549	68%	
6	Daneben kann die Durchführung notwendiger internistischer Diagnostik bei psychischer und psychosomatischer Erkrankung durch das stationäre Setting erleichtert bzw. die Compliance erhöht werden, im Vordergrund steht aber die psychosomatische Behandlung.	538	67%	

Item	Wortlaut	Absolute Häufigkeit	Prozentanteil Stichprobe (N=805)	an
8	Im ambulanten Rahmen muss mit einer Entwicklung/Verstärkung bedrohlicher Symptome gerechnet werden.	536	67%	
7	Akute psychische Dekompensation, wobei die stationäre Behandlung als Krisenintervention die Fortführung der begonnenen ambulanten Behandlung ermöglichen oder bahnen soll.	529	66%	
4	Erkrankung primär somatischer Genese, bei der eine Dekompensation einer latenten neurotischen Konfliktsituation oder relativ stabil kompensierten Persönlichkeitsstörung zur psychischen Destabilisierung und/oder Verstärkung der körperlichen Symptome führt.	513	64%	
9	Deutlicher sekundärer Krankheitsgewinn, der außerhalb einer Klinik nicht kontrolliert werden kann.	499	62%	
31	Patienten in aussichtsloser familiärer Verstrickung, z.B. bei aggressiv ausgetragenen Partnerschaftskrisen, familienneurotischen Verklammerungen oder bei Alkoholismus, Kriminalität und aggressiven Verhaltensstörungen in der Familie.	464	58%	
32	Protrahierte schwere Ablösungskrisen und in besonders starkem Maße unselbständig und abhängig gebliebene Patienten bis zum mittleren Lebensalter.	446	55%	
33	Patienten, die sich selbst als kontaktvermeidend oder -verhindernd erleben, um der Kontaktvermeidungsbereitschaft entgegenzutreten.	395	49%	
23	Aktuelle Überflutung mit reaktiviertem traumatischen Material und der Gefahr von selbstdestruktiven Impulsen.	363	45%	
11	Patienten mit neurotischen oder Persönlichkeitsstörungen, die zu schweren Formen des Agierens neigen und eines stabilen therapeutischen Rahmens bedürfen, der ambulant nicht sicher genug aufrecht zu erhalten ist.	356	44%	
10	Patienten mit schweren neurotischen oder Persönlichkeitsstörungen, die aufgrund ihrer Ich-strukturellen Schwäche nicht in der Lage sind, im ambulanten Rahmen eine therapeutische Beziehung aufzunehmen und aufrechtzuerhalten.	352	44%	
14	Fehlende psychosomatische Behandlungsmotivation bei befestigtem somatischem Krankheitskonzept und Bestreben nach weiterer somatischer Diagnostik und Behandlung. Die Störung ist wegen der Art der Symptomatik nicht ambulant behandelbar.	352	44%	
15	Der Patient ist für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung nicht zu motivieren, es wird der Versuch gemacht, mit Hilfe des therapeutischen Milieus und des komplexen Behandlungsarrangements in der Klinik eine Behandlung einzuleiten.	346	43%	
21	Patienten mit schwer einzustufender Symptomatik, Struktur und Psychodynamik zur differentialdiagnostischen Abklärung.	331	41%	
18	Das Überleben des Patienten ist in seiner sozialen Umgebung gefährdet.	316	39%	
25	Schwere Übertragungsregression, negative therapeutische Reaktion bei ambulanter Therapie.	308	38%	

Item	Wortlaut	Absolute Häufigkeit	Prozentanteil an Stichprobe (N=805)
35	Ausgeprägte psychische Komorbidität, die das Erstellen eines spezifischen Behandlungsplanes erschwert.	305	38%
34	Sozial desintegrierter Patient, der die ambulanten Angebote aufgrund eines spezifischen "Nicht-fähig-Seins" nicht wahrnimmt.	283	35%
20	Patient bedarf wegen Abstinenzunfähigkeit der äußeren Stabilisierung initialer Abstinenz.	281	35%
19	Unruhe- und Verwirrheitszustände, Willkürdurchbrüche, Agieren mit der Notwendigkeit des Schutzes vor Bezugspersonen.	274	34%
16	Ein sicheres Urteil über die Suizidgefahr ist nicht möglich wegen Misstrauen, Impulsivität, Gleichgültigkeit, Unerreichbarkeit, "Unehrlichkeit" des Patienten.	266	33%
24	Massive dissoziative Symptome bei schwerer struktureller Ich-Störung.	264	33%
22	Gegenwärtig heftige Impulsdurchbrüche, wiederholter schwer beherrschbarer selbstschädigender Umgang mit Medikamenten im Rahmen chronischer Erkrankung.	260	32%
17	Borderlinepatienten mit geringer Motivation für Veränderungen, geringer Fähigkeit für die erforderliche Kooperation bei der Behandlung seiner unkontrollierbaren generalisierten Impulsivität, minimaler Introspektionsfähigkeit.	249	31%
26	Gangstörungen, sozial untragbare Tics aufgrund derer der Patient nicht im häuslichen Milieu verbleiben kann (z.B. bei Zwangsimpulsen gegen Angehörige).	210	26%

Tab. 3 Indikationen in absteigender Reihenfolge ihrer prozentualen Häufigkeit im Wortlaut

Alle Patienten der Stichprobe könnten folglich mit nur 10 Items erfasst werden. Dabei ist allerdings anzumerken, dass kein Item ungewählt blieb und der prozentuale Anteil einer Indikation in keinem Fall unter 26 % fiel.

5.2 Wird mindestens eine Indikation immer als „stark“ eingeschätzt?

Anstatt einer dichotomen Auswahl zutreffender Indikationen sieht der Indikationsbogen vor, dass vom aufnehmenden Therapeuten eine Abstufung des Schweregrads in „trifft nicht/wenig/etwas/stark zu“ vorgenommen wird. Es stellte sich heraus, dass mehrheitlich mindestens eine Indikation als „stark“ eingeschätzt wurde, in etwa 11% der Fälle jedoch nicht.

„stark“		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Gültig	Keine	86	10,7	10,7
	Mindestens 1 Indikation	719	89,3	100,0
	Gesamt	805	100,0	

Tab. 4 Häufigkeit als „stark“ eingeschätzter Indikationen

5.3 Was kann beobachtet werden, wenn nichts „stark“ ausgeprägt ist?

Eine nähere Betrachtung ergab, dass die betreffenden Indikationsbögen keinen spezifischen gemeinsamen Nenner haben: Weder traf in Kombination mit keiner einzigen als „stark“ eingeschätzten Indikation eine spezifische Indikation immer, noch eine solche nie zu. Auch hinsichtlich des Schweregrads zeigte sich keine auffällige Häufigkeit bei nur einer spezifischen

Indikation. Wohl aber ließen sich aus der Häufigkeit einer bestimmten Indikationskonstellation inhaltliche Rückschlüsse ziehen. So legt die untersuchte Konstellationen (Abbildung 3) durch ihren Wortlaut, ihr Auftreten und ihre Ausprägung (Tabelle 5) nahe, dass in jenen 11% der Fälle aktuell Gründe vorlagen, die eine stationäre Behandlung erfolgsversprechender erscheinen ließen. Dabei überwogen psychische und soziale Indikationen, die in ihrem Schweregrad unter Umständen eine ambulante oder teilstationäre Behandlung nicht vollkommen ausschlossen.

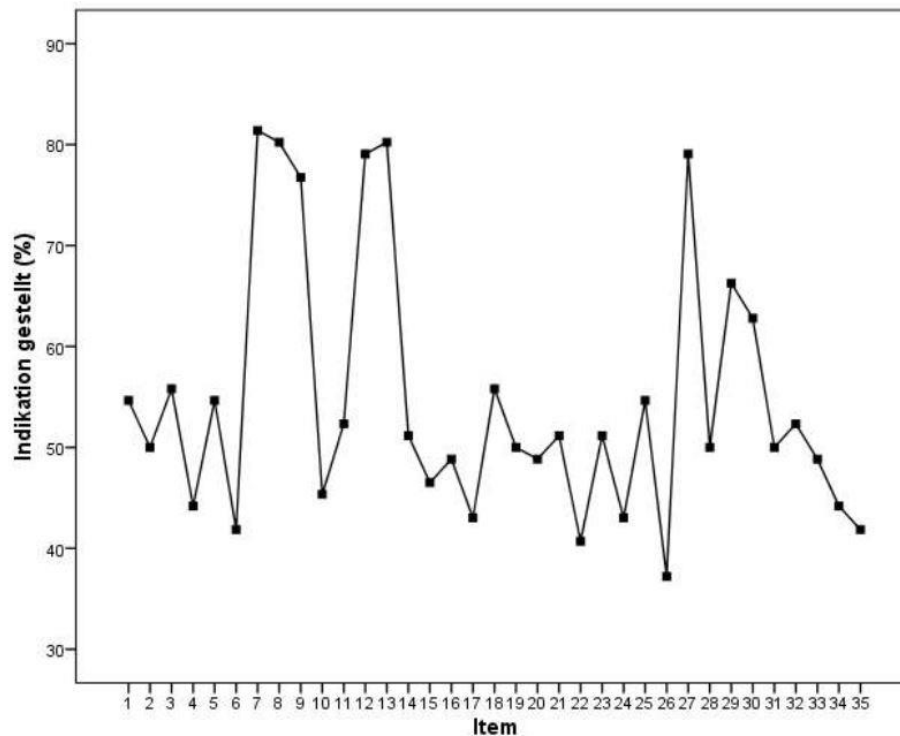


Abb. 3 Prozentuale Häufigkeit gestellter Indikationen unter der Voraussetzung keiner als "stark" eingeschätzten Indikation (N=86)

Item	Wortlaut	Absolute Häufigkeit	Prozentanteil Stichprobe (N=86)	an
7	Akute psychische Dekompensation, wobei die stationäre Behandlung als Krisenintervention die Fortführung der begonnenen ambulanten Behandlung ermöglichen oder bahnen soll.	70	81,4	
8	Im ambulanten Rahmen muss mit einer Entwicklung/Verstärkung bedrohlicher Symptome gerechnet werden.	69	80,2	
13	Einleitung einer komplexen, mehrdimensionalen Behandlungsstrategie unter Beobachtung der Reaktionen des Patienten auf die Behandlungsansätze, um einen geeigneten therapeutischen Zugang zu eröffnen, der dann ambulant fortgeführt werden kann.	69	80,2	
12	Aufgrund der Schwere der Störung ist die erforderliche Dichte der Behandlung ambulant/teilstationär nicht zu gewährleisten.	68	79,1	

Item	Wortlaut	Absolute Häufigkeit	Prozentanteil Stichprobe (N=86)	an
27	Patient muss von einer überfordernden Realität entlastet werden.	68	79,1	
9	Deutlicher sekundärer Krankheitsgewinn, der außerhalb einer Klinik nicht kontrolliert werden kann.	66	76,7	
Item	Wortlaut	Häufigkeit Schweregrad	nach Prozentanteil Stichprobe (N=86)	an
26	Gangstörungen, sozial untragbare Tics aufgrund derer der Patient nicht im häuslichen Milieu verbleiben kann (z.B. bei Zwangsimpulsen gegen Angehörige).	Nein 54 Wenig 32 Etwas 0	62,8 37,2	
3	Schwierige differentialdiagnostische Einschätzung von psychischen und somatischen Symptomen (z.B. Angststörung und Angina pectoris).	Nein 38 Wenig 38 Etwas 10	44,2 44,2 11,6	
9	Deutlicher sekundärer Krankheitsgewinn, der außerhalb einer Klinik nicht kontrolliert werden kann.	Nein 20 Wenig 33 Etwas 33	23,3 38,4 38,4	
Item	Wortlaut	Indikation gestellt	Prozentanteil Stichprobe (N=86)	an
31	Patienten in aussichtsloser familiärer Verstrickung, z.B. bei aggressiv ausgetragenen Partnerschaftskrisen, familienneurotischen Verklammerungen oder bei Alkoholismus, Kriminalität und aggressiven Verhaltensstörungen in der Familie.	Nein 43 Ja 43	50,0 50,0	
19	Unruhe- und Verwirrheitszustände, Willkürdurchbrüche, Agieren mit der Notwendigkeit des Schutzes vor Bezugspersonen.	Nein 43 Ja 43	50,0 50,0	
28	Patient muss von einem pathogenen Milieu herausgelöst werden, um die Voraussetzungen für eine potentiell Erfolg versprechende Behandlung herzustellen.	Nein 43 Ja 43	50,0 50,0	
2	Patienten, bei denen es durch Art und Verlauf der körperlichen Erkrankung (z.B. chronifizierende Schmerzsyndrome, invalidisierende oder zum Tode führende Erkrankungen) sekundär zu schweren psychischen Veränderungen kommt.	Nein 43 Ja 43	50,0 50,0	

Tab. 5 Gewählte Items mit Auffälligkeiten bezüglich absoluter Häufigkeit (absteigend), Schweregrad sowie Verteilung unter der Voraussetzung keiner als "stark" eingeschätzten Indikation

5.4 Verändert sich die Indikationsstellung von Woche zu Woche in signifikanter Weise, ergibt eine wöchentliche Überprüfung der Indikation aus statistischer Sicht Sinn?

Wie beschrieben ist vorgesehen, die Indikation(en) zum Zeitpunkt der Aufnahme wöchentlich zu überprüfen. Folgende Grafik stellt die durchschnittliche Zahl der Indikationsbögen dar, die dabei erhoben wurden. Vorangestellt sind die zugehörigen statistischen Kenngrößen.

	Gültig	805
	Fehlend	0
Mittelwert		2,84
Median		2,00
Standardabweichung		1,817
Schiefe		1,161
Standardfehler der Schiefe		,086
Minimum		1
Maximum		10
Perzentile	25	1,00
	50	2,00
	75	4,00

Tab. 6 Statistische Kenngrößen zu Abb. 4

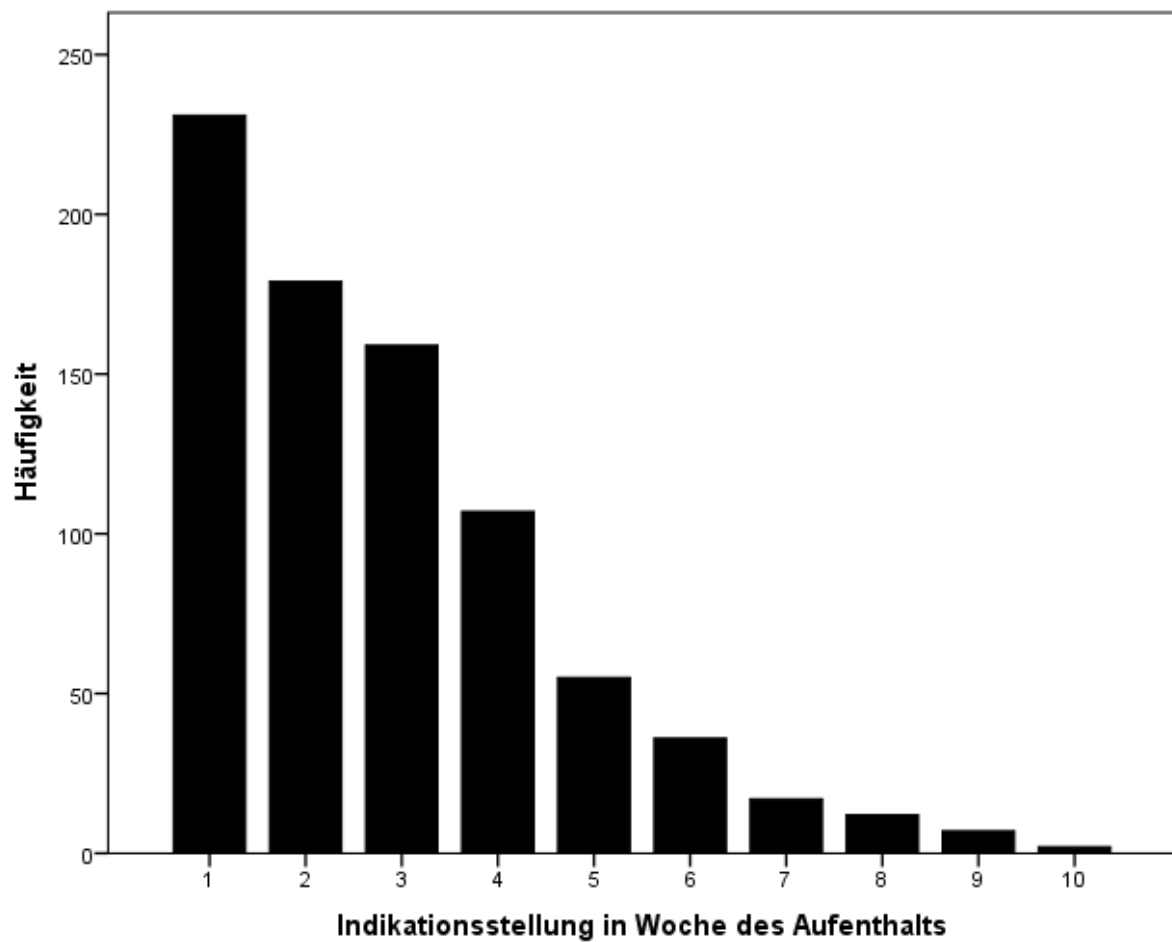


Abb. 4 Häufigkeit der Indikationsstellung bzw. -überprüfung

Für 107 von 231 Patienten, also nicht ganz die Hälfte, wurden mindestens 4 Bögen ausgefüllt. Maximal erfolgte die Überprüfung der Indikation neun Mal binnen eines Aufenthalts.

Signifikante Veränderungen ließen sich nicht beobachten, weder wöchentlich noch ab einer bestimmten Woche. Die Gruppeneinteilung in psychische, biologische und soziale Indikationen gibt der Indikationsbogen vor und sieht sich in ihrer inhaltlichen Differenzierung voneinander durch eine Faktorenanalyse statistisch bestätigt.

		F	Signifikanz
überwiegend psychische Indikation	Zwischen den Gruppen	,853	,567
	Innerhalb der Gruppen		
	Gesamt		
ausschließlich biologische Indikation	Zwischen den Gruppen	1,071	,382
	Innerhalb der Gruppen		
	Gesamt		
überwiegend soziale Indikation	Zwischen den Gruppen	1,784	,068
	Innerhalb der Gruppen		
	Gesamt		
Gruppen = Wochen des Aufenthalts			

Tab. 7 Wahrscheinlichkeit für statistisch unerhebliche Veränderungen der Indikation(en) binnen eines Aufenthalts

Eine wöchentliche Überprüfung der Indikation erscheint aus statistischer Sicht daher nicht sinnvoll. Gegenstand der Diskussion wird sein, welche praktischen Konsequenzen aus den Testergebnissen gezogen werden könnten.

5.5 Polytope Bewertung in der statistischen Auswertung

Ob die Verteilung von „trifft nicht/wenig/etwas/stark zu“ nahe legt, dass „trifft zu/nicht zu“ ausreicht, ist statistisch nicht zu beantworten, sondern primär eine Frage der praktischen Konsequenz: Wenn bereits „wenig“ eine valide Indikationsstellung für eine stationäre Aufnahme ist, genügt möglicherweise eine dichotome Bewertung der Items. Differenziert wird dies im Abschnitt *Diskussion und Schlussfolgerungen* zu betrachten sein. Die folgenden Korrelationsrechnungen dieser Studie waren teilweise nur bei Dichotomisierung bzw. Trichotomisierung aller verwendeten Daten interpretierbar, die nachträglich vorgenommen werden mussten.

6. Korrelation der Indikationsdaten mit dem ICD-10-Symptom-Rating

Zeitgleich mit den Indikationsdaten wurde in der Fachklinik St. Lukas in Bad Griesbach das ICD-10-Symptom-Rating erhoben. In strenger Anlehnung an der ICD-10 wird dabei im Selbstbeurteilungsverfahren der Schweregrad der psychischen Symptomatik ermittelt. 29 Fragen sind in sechs Skalen untergliedert und klären die typischen Symptome eines Syndroms (Likert-Skalen, Tabelle 8). Die Patienten müssen zwischen „trifft nicht/kaum/ziemlich/deutlich/extrem zu“ wählen.

Skala	Syndrom	ICD-10
1	Depression	F32-39
2	Angst	F40-F41
3	Zwang	F42
4	Somatisierung	F45
5	Essstörung	F50

Skala	Syndrom	ICD-10
6	Zusatzskala	

Tab. 8 ISR-Skalen

6.1 Anmerkungen zur Stichprobe der Klinik St. Lukas in Bad Griesbach

107 Patienten konnten 382 Indikationsbögen zugeordnet werden, von sieben dieser Patienten liegt kein ICD-10-Symptom-Rating (ISR) vor. Für die verbleibenden 100 Patienten wurde das ISR 182 Mal durchgeführt. Zum Erfassungszeitpunkt ist anzumerken, dass jeder Patient die ISR-Fragen im Rahmen der Aufnahme beantwortet hat, 77 von ihnen zur Entlassung, bei fünf Erhebungen lässt sich keine Aussage über ihre zeitliche Einordnung treffen. Bei den folgenden Korrelationsanalysen blieb der Erfassungszeitpunkt unberücksichtigt. Zudem ist N dabei auf 164 reduziert, da entgegen des Erfassungsmodus des ISRs keine operationalisierte Indikationsstellung zur Entlassung erfolgte und somit nicht für alle Ratings auch zugehörige Indikationsdaten vorlagen.

6.2 Deskriptive Statistik der ISR-Skalen

Tabelle 9 gibt einen Überblick über die deskriptive Statistik der ISR-Skalen. Die Depressionsskala wies mit 1,49 den höchsten Mittelwert auf, gefolgt von der Angstska mit 1,37. Somatisierungsskala und Essstörungsskala zeigten mit 0,70 und 0,77 die niedrigsten Mittelwerte (dies wird zu diskutieren sein). Für den Gesamtscore wurde ein Mittelwert von 1,05 errechnet (siehe auch Abbildung 5).

Die Standardabweichungen betrugen mindestens 0,61 für die Zusatzskala und maximal 1,08 für die Angstska.

Das Skalenspektrum reichte bei der überwiegenden Zahl der Skalen von null bis vier (gerundet), Somatisierungsskala und Gesamtscore erreichten mit 3,33 und 2,80 niedrigere Maxima.

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Depressionsskala	182	,00	4,00	1,49	1,03
Angstska	182	,00	4,00	1,37	1,08
Zwangsskala	182	,00	3,67	1,04	,92
Somatisierungsskala	182	,00	3,33	,70	,86
Essstoerungsskala	182	,00	4,00	,77	,83
Zusatzskala	182	,00	3,50	,92	,61
Gesamtscore	182	,00	2,80	1,05	,63

Tab. 9 Deskriptive Statistik der ISR-Skalen

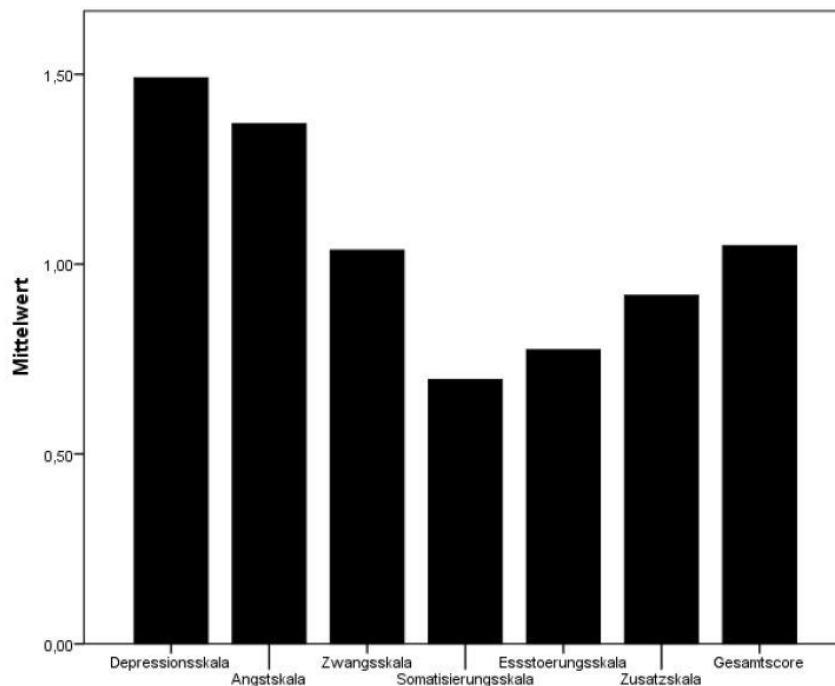


Abb. 5 Mittelwerte der ISR-Skalen

6.3 Ergebnisse der Korrelationsanalysen

Die Indikationsdaten der Klinik St. Lukas konnten mittels Faktorenanalyse in drei Gruppen zusammengefasst werden, die im Folgenden als *Indikationsfaktoren* bezeichnet werden. Indikationsbögen, die überwiegend psychische, ausschließlich biologische oder ausschließlich psychisch-soziale Indikationen aufwiesen, wurden jeweils auf Zusammenhänge zu den sechs Skalen sowie dem Gesamtscore des ISRs untersucht. Die folgenden Abbildungen geben einen Überblick über die signifikanten Korrelationen (nach Spearman, R) und aussagekräftigen statistischen Trends ($p < 0,1$; durch unterbrochene Linie gekennzeichnet).

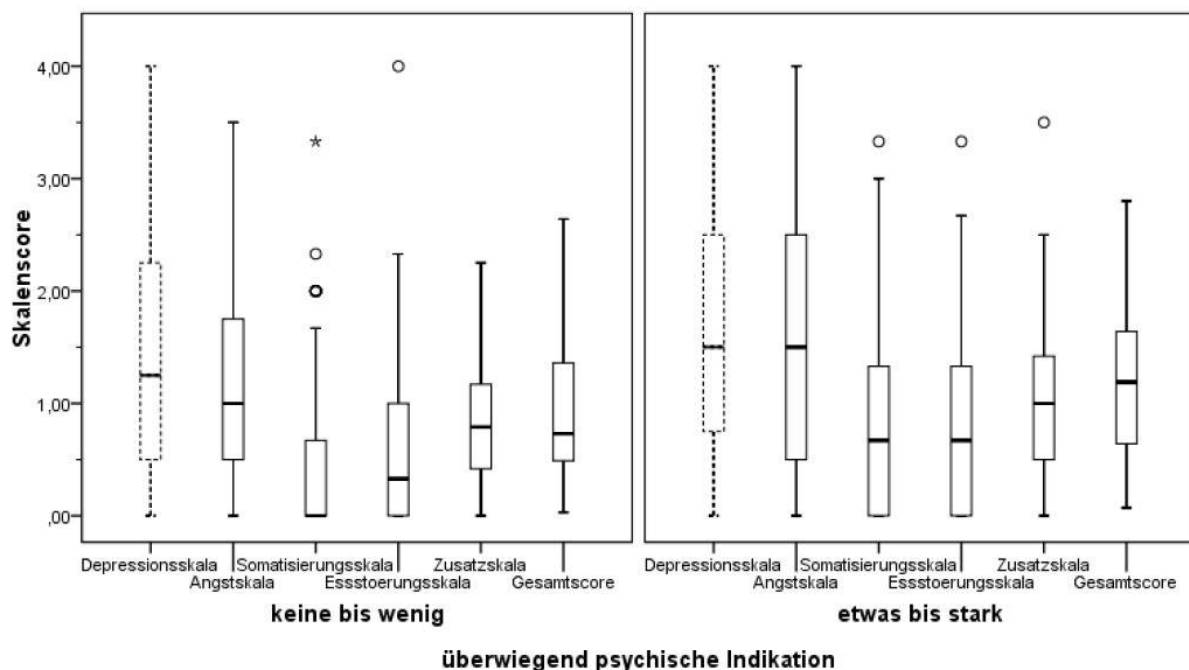


Abb. 6 ISR-Skalen bei überwiegend psychischer Indikation

Bei überwiegend psychischer Indikation wurde für den Gesamtscore mit $R=0,218$ bei $p=0,005$ die stärkste Korrelation gemessen, gefolgt von Somatisierungs- ($R=0,216$ bei $p=0,005$), Essstörungs- ($R=0,200$ bei $p=0,010$), Angst- ($R=0,163$ bei $p=0,037$), Zusatz- ($R=0,154$ bei $p=0,049$) und Depressionsskala ($R=0,149$ bei $p=0,056$).

Wie ersichtlich nahm die Signifikanz der Korrelationen in gleicher Weise ab, so dass im Falle der Depressionsskala nur von einem statistischen Trend gesprochen werden kann.

Als Kennwerte des Gesamtscores wiesen Minimum, Maximum, unteres Quartil, oberes Quartil, Zentralwert, Interquartilsabstand sowie die gesamte Spannweite höhere Werte bzw. größere Wertebereiche auf, wenn eine Indikation als etwas bis stark gegeben eingeschätzt wurde. Dabei war die Verteilung linksschief, bei nicht bis wenig gegebener Indikation dagegen rechtsschief. Der kleinste Wert lag in beiden Gruppen über Null.

Die Somatisierungsskala zeichnete ein ähnliches Bild, wobei in beiden Indikationsgruppen Ausreißer nach oben auffielen, bei nicht bis wenig gegebener Indikation mit 3,33 sogar ein extremer Wert zu verzeichnen war. Das obere Quartil in dieser Gruppe lag lediglich auf Höhe des Zentralwerts der anderen Gruppe und der Zentralwert entsprach passend dazu dem Minimum bei etwas bis stark eingeschätzter Indikation. Die Verteilung erwies sich bei nicht bis wenig gegebener Indikation als rechtsschief.

Letzteres konnte auch bei der Essstörungsskala beobachtet werden. Ausreißer gab es dagegen hier nur bei höherem Schweregrad der Indikation. Das Minimum entsprach in beiden Gruppen dem unteren Quartil. Für die Angstskaala wurde bei etwas bis stark eingeschätzter Indikation bei übereinstimmenden unteren Quartilen ein größerer Interquartilsabstand, bei geringerem Schweregrad eine rechtsschiefe Verteilung ermittelt.

Die Zusatzskala zeigte als Auffälligkeit bei höherem Schweregrad eine linksschiefe Verteilung, während die nicht signifikante Korrelation zur Depressionsskala in beiden Gruppen eine rechtsschiefe Verteilung ergab. Übereinstimmend in beiden Indikationsgruppen bei der Depressionsskala auch die oberen Whisker und die Interquartilsabstände.

Bei überwiegend psychischer Indikation zeigte sich also bei höherem Schweregrad eine stärkere Symptombelastung in den meisten Einzelskalen sowie dem Gesamtscore. Nur zur Zwangsskala ($R=0,079$ bei $p=0,317$) konnte statistisch weder ein überzufälliger Zusammenhang hergestellt, noch ein aussagekräftiger statistischer Trend beobachtet werden.

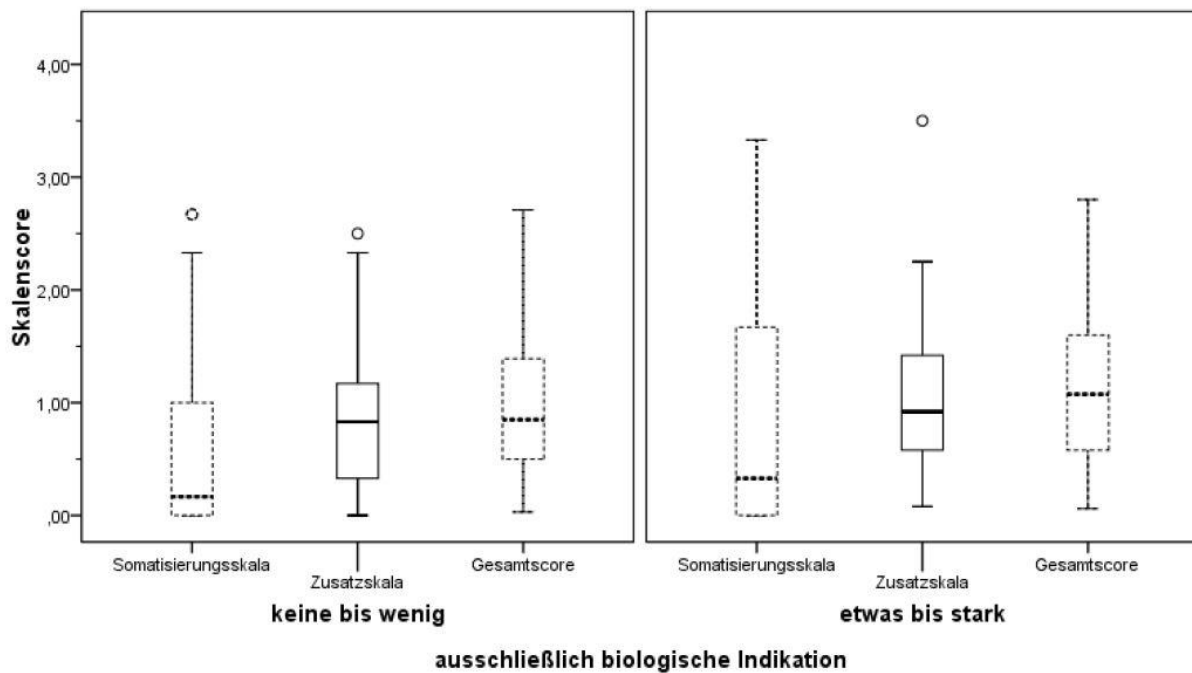


Abb. 7 ISR-Skalen bei ausschließlich biologischer Indikation

Bei ausschließlich biologischer Indikation wurde für die Zusatzskala mit $R=0,161$ bei $p=0,040$ die stärkste Korrelation gemessen, gefolgt von Somatisierungsskala ($R=0,140$ bei $p=0,075$) und Gesamtscore ($R=0,131$ bei $p=0,096$).

Wie ersichtlich nahm die Signifikanz der Korrelationen in gleicher Weise ab, so dass angesichts der p-Werte für Somatisierungsskala und Gesamtscore nur von statistischen Trends gesprochen werden kann. Ausreißer machen deutlich, dass in Einzelfällen auch bei den diesem Indikationsfaktor zugeordneten Patienten bei laut Indikationsdaten nicht bis wenig gegebener Indikation hohe Skalenwerte vorkamen.

Als Kennwerte der Zusatzskala wiesen Minimum, unteres Quartil, oberes Quartil und Zentralwert höhere Werte auf, wenn eine Indikation als etwas bis stark gegeben eingeschätzt wurde. Der Interquartilsabstand stimmte dagegen überein, für Maximum und Spannweite wurden sogar höhere Werte bzw. Wertebereich ermittelt, wenn die Indikation nicht bis wenig gegeben war. Dabei war die Verteilung bei höherem Schweregrad rechtsschief, andernfalls linksschief. In beiden Gruppen war jeweils ein Ausreißer zu beobachten, der mit 3,50 bei etwas bis stark eingeschätzter Indikation um 1,0 höher lag.

Für die Somatisierungsskala waren bei geringerem Schweregrad Maximum, oberes Quartil, Zentralwert, Interquartilsabstand und Spannweite niedriger verortet. Auch zwei deckungsgleiche Ausreißer blieben unterhalb des Maximums der anderen Gruppe. Das Minimum entsprach beidseits dem unteren Quartil, die Verteilung war beidseits rechtsschief. Die Kennwerte bzw. Kennwertbereiche des Gesamtscores waren allesamt höher, wenn eine Indikation stärker als wenig eingeschätzt wurde. Bei nicht bis wenig gegebener Indikation war die Verteilung rechtsschief.

Bei ausschließlich biologischer Indikation zeigte sich also bei höherem Schweregrad eine im Median stärkere Symptombelastung in Zusatz- und Somatisierungsskala sowie dem Gesamtscore, wobei die beiden letzten Zusammenhänge lediglich als aussagekräftige

statistische Trends gelten können. Auffällig ist das höhere Maximum der Zusatzskala bei geringerem Schweregrad. Was Zusatzskala und ausschließlich biologische Indikation inhaltlich verbindet, wird im Abschnitt *Diskussion und Schlussfolgerungen* dargelegt.

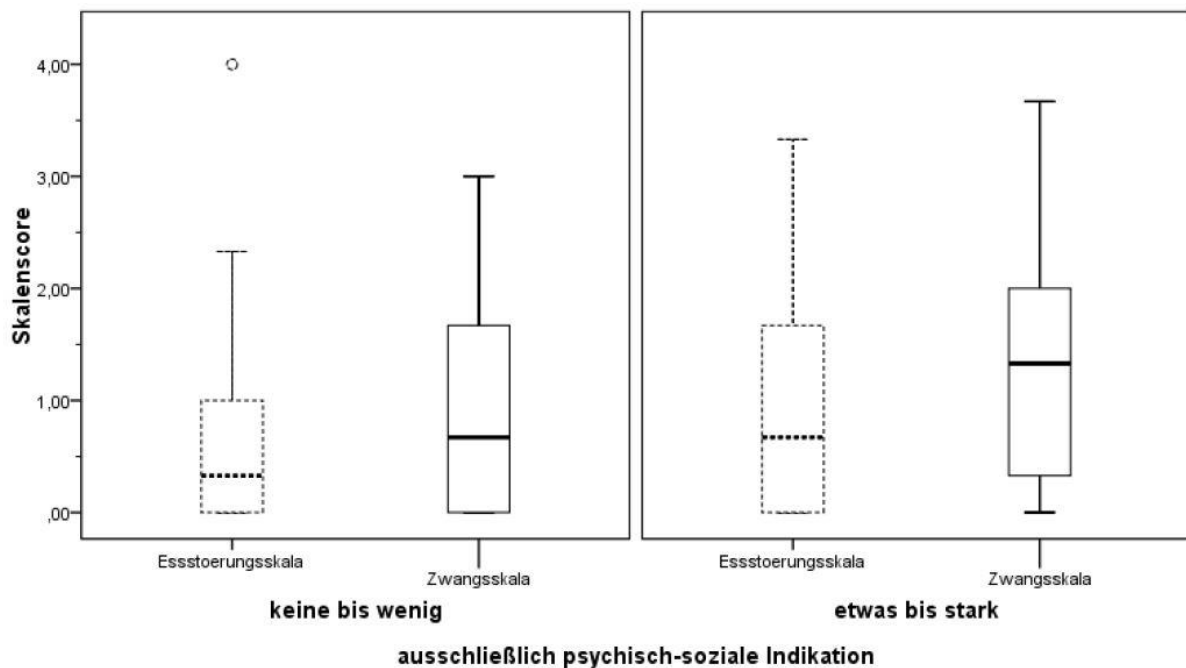


Abb. 8 ISR-Skalen bei ausschließlich psychisch-sozialer Indikation

Bei ausschließlich psychisch-sozialer Indikation wurde für die Zwangsskala mit $R=0,173$ bei $p=0,027$ die stärkste Korrelation gemessen. Die Korrelation zur Essstörungsskala mit $R=0,138$ ist bei $p=0,078$ nicht mehr signifikant, wurde jedoch analog den vorangegangenen Untersuchungen aufgrund von $p<0,1$ als statistischer Trend behandelt. In einem Fall demonstrierte ein Ausreißer mit einem Skalenscore von 4,0, dass in Einzelfällen auch bei laut Indikationsdaten nicht bis wenig gegebener Indikation hohe Skalenwerte möglich sind.

Als Kennwerte der Zwangsskala wiesen Maximum, unteres Quartil, oberes Quartil, Zentralwert sowie die Spannweite höhere Werte bzw. größere Wertebereiche auf, wenn eine Indikation als etwas bis stark gegeben eingeschätzt wurde. Dabei war die Verteilung linksschief. Bei geringerem Schweregrad war sie dagegen rechtsschief. Das Minimum entsprach dann dem unteren Quartil.

Für die Essstörungsskala wurden bei höherem Schweregrad Maximum, oberes Quartil, Zentralwert und Spannweite höher bzw. größer ermittelt. Das Minimum entsprach in beiden Gruppen dem unteren Quartil, die Verteilung imponierte jeweils rechtsschief.

Auch bei ausschließlich psychisch-sozialer Indikation zeigte sich also bei höherem Schweregrad eine stärkere Symptombelastung in Zwangs- und Essstörungsskala. Dieser Indikationsfaktor zeichnet sich einerseits dadurch aus, dass weder ein Zusammenhang zum Gesamtscore ($R=0,081$ bei $p=0,302$) hergestellt werden konnte, noch ein statistischer Trend zu beobachten war; andererseits die Zwangsskala signifikant mit ihm korrelierte, was in keiner anderen Gruppe der Fall war. Diese Besonderheit wird im entsprechenden Abschnitt Gegenstand der Diskussion sein.

Mit Ausnahme von Depressions- und Zusatzskala wurden somit bei etwas bis starker Indikation auf allen Skalen höhere Werte ermittelt, was den Median und den oberen Whisker anging. Ausreißer machten deutlich, dass in Einzelfällen auch bei laut Indikationsdaten nicht bis wenig gegebener Indikation hohe Skalenwerte vorkamen.

Nicht mehr signifikant waren bei überwiegend psychischer Indikation der Zusammenhang zur Depressionsskala ($p=0,056$), bei ausschließlich biologischer Indikation zu Somatisierungsskala ($p=0,075$) und Gesamtscore ($p=0,096$) sowie bei ausschließlich psychisch-sozialer Indikation zur Essstörungsskala ($p=0,078$). Aufgrund der begrenzten Stichprobengröße wurde dennoch ein aussagekräftiger statistischer Trend angenommen. Diese Ergebnisse unterstellen der operationalisierten Indikationsstellung einen diagnostischen Mehrwert und vermitteln einen Eindruck der Aussagekraft beider Instrumente.

7. Ergebnis der Korrelation der Indikationsdaten mit der Art der Beendigung

Für die 107 Patienten der Klinik St. Lukas wurde in 40 Fällen die Art der Beendigung erfasst. 37 Patienten davon wurden regulär entlassen, die übrigen drei vorzeitig gegen ärztlichen Rat, disziplinarisch oder in der Folge einer Beendigung der Kostenübernahme durch den Träger. Auf dieser Grundlage konnte keine Beziehung zwischen den Indikationsdaten und der Art der Beendigung des stationären Aufenthalts hergestellt werden.

8. Ergebnisse der Korrelation der Indikationsdaten mit den Katamnesen

Eine gesonderte Untersuchung der 124 Patienten der Klinik Donaustauf befasste sich mit der Frage, ob die Indikationsdaten einen Hinweis auf den weiteren Verlauf nach der Behandlung liefern. Dazu wurden im Jahre 2008 Katamnesen erhoben (Tabelle 10). Die Schnittmenge derjenigen, für die mindestens ein Indikationsbogen *und* eine komplette Katamnese vorlagen, belief sich auf 40 Patienten.

Jahr	Patienten	Katamnesen	Katamnesen	Katamnesen	Nicht
	Gesamt	telefonisch	Schriftlich	komplett	teilgenommen
2008	213	172Pat. =81%	114Pat. =54%	114Pat. =54%	41Pat. =19%

Tab. 10 Statistik der Katamnesen, erhoben 2008 in der Klinik Donaustauf

Um interpretierbare Ergebnisse zu erhalten, wurde eine Auswahl der telefonisch gestellten Fragen getroffen und die schriftlichen Katamnesefragen in Vorbereitung der Korrelationsanalysen Faktoren zugeordnet. Anhang 5 legt die Zuordnung offen. Die Korrelationsanalyse mit den telefonisch erhobenen Katamnesen erfolgte mit einzelnen Fragen aus einer festgelegten Auswahl. Hinsichtlich der schriftlichen Katamnesen erfolgten sowohl die deskriptive Statistik als auch die Korrelationsanalysen ausschließlich mit den Faktoren bei Trichotomisierung bzw. Dichotomisierung der Bewertungen.

Die Faktorenanalyse für die Indikationsdaten der Klinik Donaustauf ergab eine Gruppierung in *überwiegend psychische*, zu *etwa gleichen Teilen biologische, psychische und soziale* sowie *ausschließlich psychisch-soziale* Indikation(en).

8.1 Deskriptive Statistik der Katamnesen

Folgende Tabellen zeigen die Bewertungsmöglichkeiten und die Häufigkeit der Selbsteinschätzungen zu jeder telefonisch gestellten Frage bzw. jedem Katamnesefaktor. Unvollständige oder ungültige Antworten bedingen abweichende N bis höchstens minus dreizehn (telefonisch) bzw. fünf (schriftlich) der Stichprobe.

Katamnesefrage	Antwort	Anzahl	Prozentanteil an gültigen N der Stichprobe
Ggf. Teilnahmeverweigerungsg rund (Gültige N=40)	Kein Interesse	1	2,5%
	zu kurz auf Station	0	0,0%
	spricht/versteht schlecht	0	0,0%
	Deutsch	0	0,0%
	sonstige	0	0,0%
	nicht verweigert	39	97,5%
	Pat. verstorben	0	0,0%
	unbekannt verzogen	0	0,0%
Behandlung „gut“ bewertet? (Gültige N=39)	keine Angabe	32	82,1%
	ja	7	17,9%
	nein	0	0,0%
In der Zwischenzeit einmal (oder mehrmals) so schlecht ergangen wie damals vor stationärem Aufenthalt? (Gültige N= 39)	keinmal	13	33,3%
	einmal	3	7,7%
	mehrmals	23	59,0%
Was hat der Patient ggf. dann gemacht? (Gültige N=39)	Selbsthilfe	7	17,9%
	Hausarzt/Facharzt	8	20,5%
	Aufnahme Klinik	5	12,8%
	Psychotherapie ambulant	4	10,3%
	sonstige	0	0,0%
	keine Angabe	15	38,5%
Weiterbehandlungen bzgl. der Symptomatik, die den Patienten in unser Krankenhaus führte? (Gültige N=39)	ja	36	92,3%
	nein	2	5,1%
	kein Behandler gefunden	1	2,6%
	sonstiges	0	0,0%

Katamnesefrage	Antwort	Anzahl	Prozentanteil an gültigen N der Stichprobe
Einnahme von Medikament(en) nach Aufenthalt? (Gültige N=39)	Keine Angabe	0	0,0%
	ja	34	87,2%
	nein	5	12,8%
Hat es ggf. etwas gebracht? (Gültige N=39)	sehr geholfen	9	23,1%
	geholfen	13	33,3%
	gleich geblieben	5	12,8%
	verschlechtert	4	10,3%
	sehr verschlechtert	0	0,0%
	keine Angabe	8	20,5%
Ambulante Therapie nach Aufenthalt? (Gültige N=39)	ja	29	74,4%
	nein	8	20,5%
	kein Behandler gefunden	2	5,1%
Hat die ambulante Therapie ggf. etwas gebracht? (Gültige N=27)	sehr geholfen	12	44,4%
	geholfen	7	25,9%
	gleich geblieben	8	29,6%
	verschlechtert	0	0,0%
	sehr verschlechtert	0	0,0%
Stationäre Therapie seit Bezugsaufenthalt? (Gültige N=39)	Donaustauf	22	56,4%
	Psychiatrie	4	10,3%
	andere psychosomatische Klinik	13	33,3%
	keine Angabe	0	0,0%
Hat die stationäre Therapie ggf. etwas gebracht? (Gültige N=30)	sehr geholfen	12	40,0%
	geholfen	7	23,3%
	gleich geblieben	5	16,7%
	verschlechtert	4	13,3%
	sehr verschlechtert	2	6,7%
	keine Angabe	0	0,0%
Jetziges Befinden im Vergleich zu damals? (Gültige N=39)	konstant gleichbleibend	12	30,8%
	besser	25	64,1%
	schlechter	2	5,1%
Psychotherapie begonnen und hat sie ggf. etwas gebracht? (Gültige N=39)	nichts gebracht	6	15,4%
	Besserung	24	61,5%
	Krankheitsbild verstanden	2	5,1%
	Verschlechterung	0	0,0%
	keine Angabe	7	17,9%

Katamnesefrage	Antwort	Anzahl	Prozentanteil an gültigen N der Stichprobe
Schulbildung? (Gültige N=39)	Volks-/Hauptschule	17	43,6%
	mittlere Reife	14	35,9%
	Abitur/Fachabitur	7	17,9%
	Sonstiges	0	0,0%
	keine Angabe	1	2,6%

Tab. 11 Deskriptive Statistik der telefonsich erhobenen Katamnesen (Auswahl)

Katamnesefaktor	Bewertung	Anzahl	Prozentanteil an gültigen N der Stichprobe
Besserung nach stationärem Aufenthalt (Gültige N=35)	in gleicher Richtung	11	31,4%
	Keine	12	34,3%
	in entgegengesetzter Richtung	12	34,3%
Verschlechterung nach stationärem Aufenthalt (Gültige N=35)	in gleicher Richtung	11	31,4%
	Keine	12	34,3%
	in entgegengesetzter Richtung	12	34,3%
Somatisierung (Gültige N=37)	Trifft nicht zu	18	48,6%
	Trifft zu	19	51,4%
Angst (Gültige N=39)	Trifft nicht zu	19	48,7%
	Trifft zu	20	51,3%
Suizid-/Todesgedanken (Gültige N=40)	Trifft nicht zu	18	48,6%
	Trifft zu	19	51,4%
Zwang (Gültige N=40)	Trifft nicht zu	17	42,5%
	Trifft zu	23	57,5%
Depression (Gültige N=39)	Trifft nicht zu	20	50,0%
	Trifft zu	20	50,0%
Psychotisches Erleben (Gültige N=40)	Trifft nicht zu	19	48,7%
	Trifft zu	20	51,3%
Aggressive Impulse (Gültige N=40)	Trifft nicht zu	20	50,0%
	Trifft zu	20	50,0%
Probleme im Erleben/Bewältigen des sozialen Umfelds (Gültige N=37)	Trifft nicht zu	20	50,0%
	Trifft zu	20	50,0%
Positives Selbstbild (Gültige N=36)	Stark	12	33,3%
	Normal	12	33,3%
	Leicht	12	33,3%

Katamnesefaktor	Bewertung	Anzahl	Prozentanteil an gültigen N der Stichprobe
Negatives Selbstbild (Gültige N=37)	Stark	12	32,4%
	Normal	13	35,1%
	Leicht	12	32,4%

Tab. 12 Deskriptive Statistik der schriftlichen Katamnesen

Wie ersichtlich stand die überwiegende Mehrheit der Patienten für das Telefoninterview zur Verfügung, lediglich ein Patient hatte kein Interesse. Für die Korrelationsanalysen ergab sich daraus eine Stichprobengröße von maximal 39 Patienten, aufgrund fehlender Werte in manchen Analysen reduziert auf bis zu 27 (vergleiche Tabelle 11). Fehlende Werte waren mitunter dadurch bedingt, dass die Fragen sich aufeinander beziehen; so erübrigte sich beispielsweise bei verneinter Medikamenteneinnahme die Frage, ob diese etwas gebracht habe.

Absolventen von Volks-/Hauptschulen, Schulen mit dem Abschluss der mittleren Reife sowie Abitur/Fachabitur waren zu absteigenden Anteilen vertreten.

Zu 82,1 % wurde keine Angabe zur persönlichen Bewertung der Behandlung gemacht, die verbleibenden 17,9 % fühlten sich „gut“ behandelt. Knapp 60% der Patienten ist es zwischen 2007 und 2008 mehrmals so schlecht ergangen wie vor dem Bezugsaufenthalt in der Klinik Donaustauf. Jeweils etwa 20 % suchten dann Selbsthilfe oder konsultierten einen Hausarzt/Facharzt, je gut zehn Prozent begannen eine ambulante Psychotherapie oder wurden erneut in einer Klinik aufgenommen. Mehrheitlich wollten die Patienten in dieser Frage allerdings keine Angabe machen.

Die Weiterbehandlung bezüglich der Symptomatik, die den Patienten in die Klinik Donaustauf geführt hatte, erfolgte in über 90 % der Fälle, knapp 3 % fanden keinen Behandler. Von einer ambulanten Therapie nach dem Aufenthalt konnten dabei 44,4 % nach eigener Einschätzung profitieren, von einer weiteren stationären Therapie 40,0 %. Allgemein ergab eine begonnene Psychotherapie in über 60 % der Fälle eine Besserung.

Im Falle einer stationären Therapie nach dem Aufenthalt kam es mehrheitlich zu einer erneuten Aufnahme in der Klinik Donaustauf, gefolgt von anderen psychosomatischen Kliniken und Psychiatrien.

Medikamente wurden nach dem Aufenthalt in 87,2 % der Fälle eingenommen; mehrheitlich wurden diese als hilfreich empfunden.

Das Befinden zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung im Vergleich zur Verfassung vor dem Bezugsaufenthalt war zu gut 60 % besser, in nur 5,1 % schlechter.

In der Zusammenschau waren unterschiedliche Trends in den schriftlichen Katamnesen überwiegend gleich häufig vertreten (Tabelle 12). Die Selbsteinschätzung konstatierte in den Faktoren *Besserung* und *Verschlechterung* ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt zu etwa gleichen Teilen eine solche, keine oder das Gegenteil. *Somatisierung*, *Angst*, *Suizid-/Todesgedanken*, *Depression*, *psychotisches Erleben* und *aggressive Impulse* wurden jeweils etwa von der Hälfte der Patienten angegeben. Zwänge erlebte mit (gerundet) 60 % mehr als die Hälfte der Patienten. Ein *positives Selbstbild* wurde zu exakt gleichen Teilen als „stark“,

„normal“ oder „leicht“ beschrieben. Ein als „normal“ eingeschätztes *negatives Selbstbild* konnte bei mehr als einem Drittel der Patienten beobachtet werden, in allen anderen Fällen waren „stark“ und „leicht“ gleichermaßen vertreten.

8.2 Ergebnisse der Korrelationsanalysen

Als statistisch signifikant wurden p-Werte kleiner/gleich 0,05 bewertet. Angesichts des begrenzten Kollektivs wurde bei $p \leq 0,1$ dennoch von aussagekräftigen Trends ausgegangen. Folgende Kreuztabellen sollen einen ersten Eindruck der Beziehung zwischen Indikationsfaktoren und telefonisch gestellten Katamnesefragen bzw. den Katamnese Faktoren vermitteln. Signifikante Zusammenhänge sind dabei fett hervor gehoben (Zahlenwerte).

		zu etwa gleichen Teilen biologische, psychische und soziale Indikation				ausschließliche psychisch- soziale Indikation			
		keine bis wenig		etwas bis stark		keine bis wenig		etwas bis stark	
		Anzahl	% an N	Anzahl	% an N	Anzahl	% an N	Anzahl	% an N
Ist es Ihnen in der Zwischenzeit einmal (oder mehrmals) so schlecht ergangen wie damals bevor Sie bei uns waren?	Keinmal	6	37,5%	7	30,4%	2	15,4%	11	42,3%
	Einmal	2	12,5%	1	4,3%	0	0,0%	3	11,5%
	Mehrmals	8	50,0%	15	65,2%	11	84,6%	12	46,2%
Was haben Sie dann gemacht?	Selbsthilfe	4	25,0%	3	13,0%	4	30,8%	3	11,5%
	Hausarzt/Fa- charzt	2	12,5%	6	26,1%	4	30,8%	4	15,4%
	Aufnahme Klinik	2	12,5%	3	13,0%	1	7,7%	4	15,4%

		zu etwa gleichen Teilen biologische, psychische und soziale Indikation				ausschließliche psychisch- soziale Indikation				
		keine bis wenig		etwas bis stark		keine bis wenig		etwas bis stark		
		Anzahl	% an N	Anzahl	% an N	Anzahl	% an N	Anzahl	% an N	
	Psychotherapie ambulant	1	6,3%	3	13,0%	2	15,4%	2	7,7%	
	Sonstige	0	,0%	0	,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	keine Angabe	7	43,8%	8	34,8%	2	15,4%	13	50,0%	
Hat die ambulante Therapie ggf. etwas gebracht?		sehr geholfen	7	63,6%	5	31,3%	2	22,2%	10	55,6%
		Geholfen	1	9,1%	6	37,5%	1	11,1%	6	33,3%
		gleich geblieben	3	27,3%	5	31,3%	6	66,7%	2	11,1%
		Verschlechtert	0	,0%	0	,0%	0	0,0%	0	0,0%
		sehr verschlechtert	0	,0%	0	,0%	0	0,0%	0	0,0%

		zu etwa gleichen Teilen biologische, psychische und soziale Indikation				ausschließliche psychisch- soziale Indikation			
		keine bis wenig		etwas bis stark		keine bis wenig		etwas bis stark	
		Anzahl	% an N	Anzahl	% an N	Anzahl	% an N	Anzahl	% an N
Hat die stationäre Therapie ggf. etwas gebracht?	sehr gehoffen	7	63,6%	5	26,3%	3	23,1%	9	52,9%
	Gehoffen	1	9,1%	6	31,6%	4	30,8%	3	17,6%
	gleich geblieben	2	18,2%	3	15,8%	4	30,8%	1	5,9%
	Verschlechtert	1	9,1%	3	15,8%	1	7,7%	3	17,6%
	sehr verschlechtert	0	,0%	2	10,5%	1	7,7%	1	5,9%
	keine Angabe	0	,0%	0	,0%	0	0,0%	0	0,0%
	nichts gebracht	2	12,5%	4	17,4%	5	38,5%	1	3,8%
Haben Sie eine Psychotherapie begonnen und hat sie ggf. etwas gebracht?		11	68,8%	13	56,5%	6	46,2%	18	69,2%

		zu etwa gleichen Teilen biologische, psychische und soziale Indikation				ausschließliche psychisch- soziale Indikation				
		keine bis wenig		etwas bis stark		keine bis wenig		etwas bis stark		
		Anzahl	% an N	Anzahl	% an N	Anzahl	% an N	Anzahl	% an N	
	Krankheitsbild verstanden	0	,0%	2	8,7%	0	0,0%	2	7,7%	
	Verschlechterung	0	,0%	0	,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	keine Angabe	3	18,8%	4	17,4%	2	15,4%	5	19,2%	
Welche Schulbildung haben Sie?		Volks- /Hauptschule	6	37,5%	11	47,8%	8	61,5%	9	34,6%
		mittlere Reife	5	31,3%	9	39,1%	5	38,5%	9	34,6%
		Abitur/Fachabitur	4	25,0%	3	13,0%	0	0,0%	7	26,9%
		Sonstiges	0	,0%	0	,0%	0	0,0%	0	0,0%

		zu etwa gleichen Teilen biologische, psychische und soziale Indikation				ausschließliche psychisch- soziale Indikation			
		keine bis wenig		etwas bis stark		keine bis wenig		etwas bis stark	
		Anzahl	% an N	Anzahl	% an N	Anzahl	% an N	Anzahl	% an N
		1	6,3%	0	,0%	0	0,0%	1	3,8%

Tab. 13 Telefonisch gestellte Katamnesefragen in Beziehung zu den Indikationsfaktoren

		zu etwa gleichen Teilen biologische, psychische und soziale Indikation				ausschließliche psychisch-soziale Indikation			
		keine bis wenig		etwas bis stark		keine bis wenig		etwas bis stark	
		Anzahl	% an N	Anzahl	% an N	Anzahl	% an N	Anzahl	% an N
Besserung nach stationärem Aufenthalt	in gleicher Richtung	6	54,5%	5	45,5%				
	Keine	6	50,0%	6	50,0%				
	in entgegengesetzter Richtung	2	16,7%	10	83,3%				
Suizid-/ Todes- gedanken	Trifft nicht zu	10	55,6%	8	44,4%				

		zu etwa gleichen Teilen biologische, psychische und soziale Indikation				ausschließliche psychisch-soziale Indikation			
		keine bis wenig		etwas bis stark		keine bis wenig		etwas bis stark	
		Anzahl	% an N	Anzahl	% an N	Anzahl	% an N	Anzahl	% an N
	Trifft zu	5	26,3%	14	73,7%				
Aggressive Impulse	Trifft nicht zu					9	45,0 %	11	55,0 %
	Trifft zu					4	20,0 %	16	80,0 %
Probleme im Erleben/ Bewältigen des sozialen Umfelds	Trifft nicht zu					9	45,0 %	11	55,0 %
	Trifft zu					4	20,0 %	16	80,0 %
Negatives Selbstbild	Stark	4	33,3%	8	66,7%				
	Normal	4	30,8%	9	69,2%				
	Leicht	9	75,0%	3	25,0%				

Tab. 14 Katamnese Faktoren in Beziehung zu den Indikationsfaktoren

Bei ausschließlich psychisch-sozialer Indikation ließen sich in der Analyse mit den telefonisch erhobenen Katamnese Fragen fünf statistisch signifikante Korrelationen ermitteln.

Für die Frage *Hat die ambulante Therapie ggf. etwas gebracht?* mit $R=-0,476$ bei $p=0,012$ wurde die stärkste Korrelation gemessen. Da der Korrelationskoeffizient ein negatives Vorzeichen hat, besteht ein negativer Zusammenhang zum Ausprägungsgrad der Indikation. Die Antwort wird auf einer Skala von 1 bis 5 eingeordnet (sehr geholfen bis sehr verschlechtert), so dass der Zusammenhang so zu interpretieren ist, dass die ambulante Therapie als umso hilfreicher empfunden wurde, je stärker die Indikation einstmals ausgeprägt war: Bei etwas bis stark gegebener Indikation gaben fünfmal mehr Patienten an, dass ihnen die ambulante Therapie sehr geholfen habe, sechsmal so viele, dass sie ihnen geholfen habe und nur ein Drittel der Anzahl bei geringerer Ausprägung, dass die Beschwerden gleich geblieben seien. Unabhängig vom Schweregrad der einstigen Indikation führte ambulante Therapie in keinem Fall zu einer Verschlechterung des Befindens. Folgende Abbildung veranschaulicht dies grafisch:

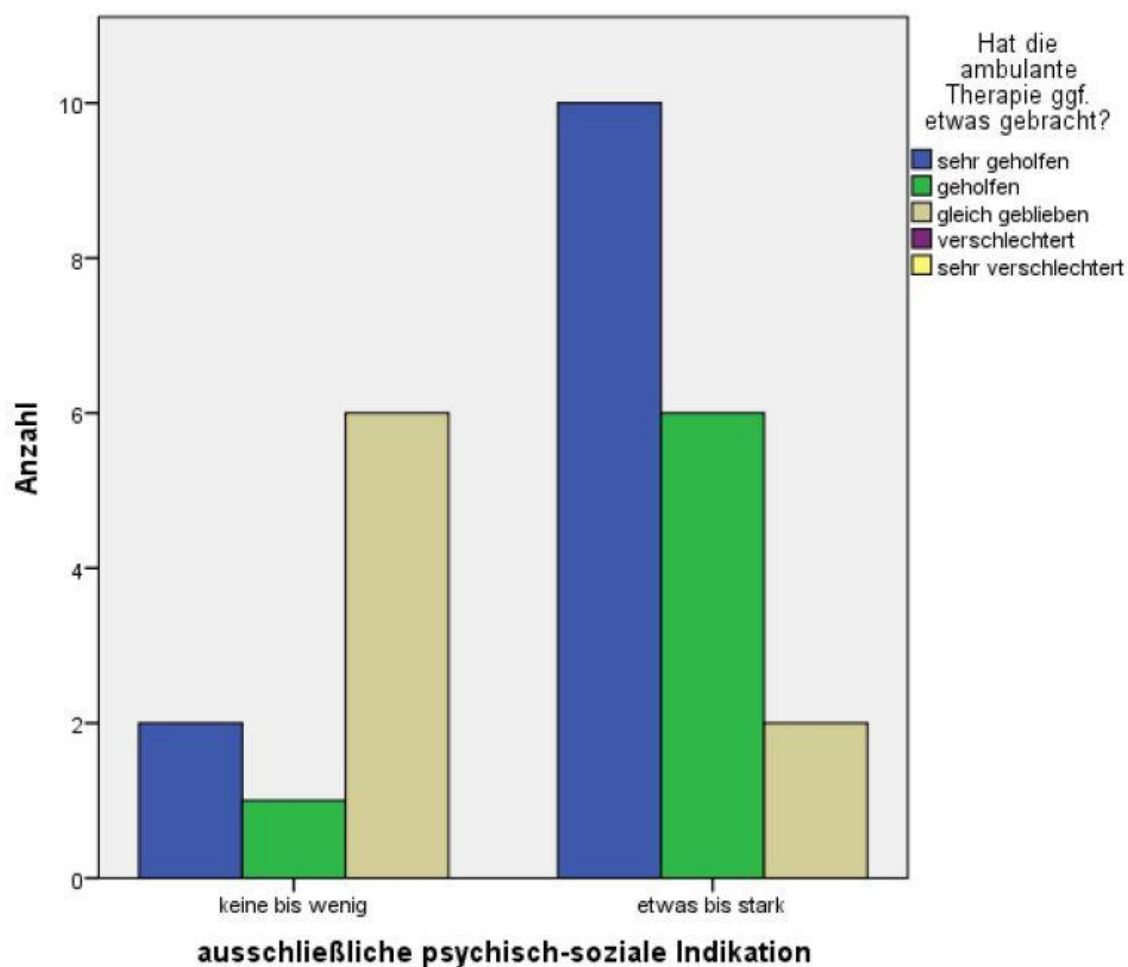


Abb. 9 Bilanz über ambulante Therapie bei ausschließlich psychisch-sozialer Indikation

Die zweitstärkste Korrelation ergab sich mit $R=0,357$ bei $p=0,026$ zu der Frage *Was haben Sie dann gemacht?*, der *Ist es Ihnen in der Zwischenzeit einmal (oder mehrmals) so schlecht ergangen wie damals bevor Sie bei uns waren?* vorausgeht ($R=-0,344$ bei $p=0,032$). Zur Gewährleistung einer logischen Reihenfolge ist die Ausgangsfrage zuerst zu behandeln: Da der Korrelationskoeffizient erneut ein negatives Vorzeichen hat, besteht wieder ein negativer Zusammenhang zum Ausprägungsgrad der Indikation. Die Antwort wird auf einer Skala von 1 bis 3 eingeordnet (keinmal bis mehrmals), so dass der Zusammenhang so zu interpretieren

ist, dass es bei einstmals etwas bis stark gegebener Indikation im weiteren Verlauf seltener zu einem gleichermaßen schlechten Befinden gekommen ist, als bei geringerer Ausprägung. Gut fünfmal häufiger kam es keinmal dazu. Allerdings stimmt die Zahl mehrmaligen Auftretens mit der bei ursprünglich geringerem Schweregrad beinahe überein. Die Antwort auf die Frage, was dann unternommen worden sei, fiel im Vergleich der Indikationsgruppen ähnlich aus, was *Selbsthilfe*, *Hausarzt/Facharzt* und *Psychotherapie ambulant* angeht, unterschied sich aber zugunsten eines stärkeren Schweregrads um den Faktor vier hinsichtlich stationärer Aufnahme, und sechs ein halb in puncto *keine Angabe*. 50% der Patienten machten im Jahre 2008 bei einstmals etwas bis stark gegebener Indikation keine Angabe dazu, was sie unternommen haben, als es ihnen ein- oder mehrmals so schlecht erging wie damals, bevor sie 2007 in die Klinik Donaustauf aufgenommen wurden; die übrige Hälfte wandte sich an diverse Hilfsstellen . Bei vormals geringerem Schweregrad suchten etwa 85% diese Stellen auf.

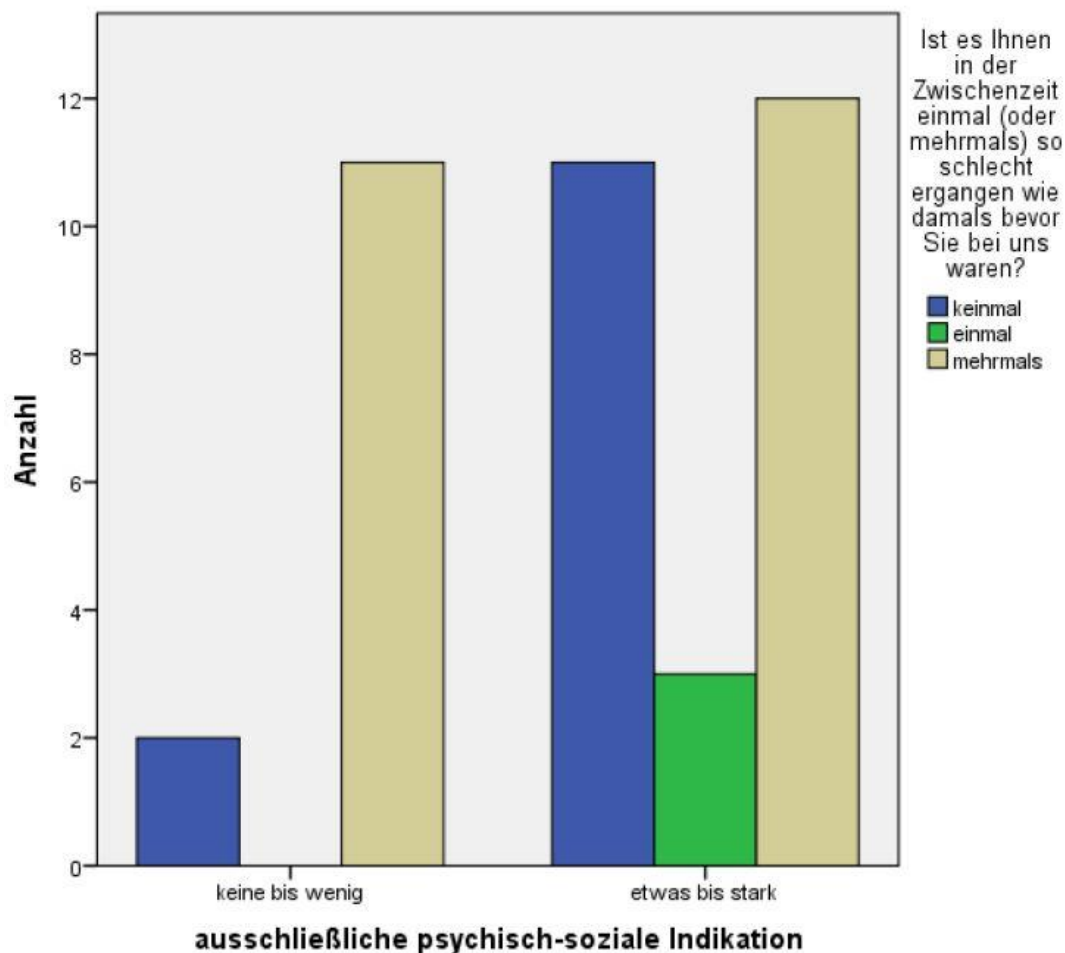


Abb. 10 Rezidive bei ausschließlich psychisch-sozialer Indikation

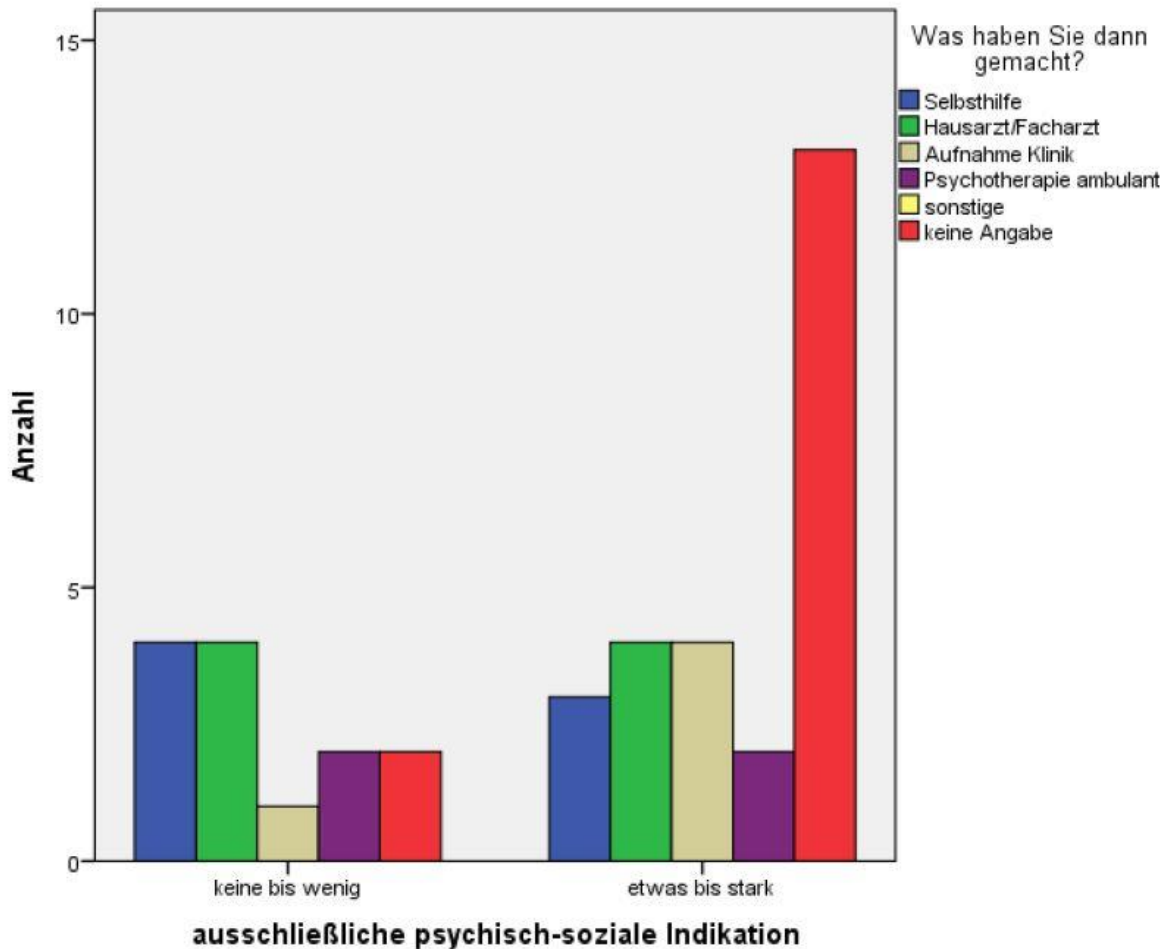


Abb. 11 Verhalten bei Rezidiven bei ausschließlich psychisch-sozialer Indikation

Mit $R=0,340$ bei $p=0,034$ ist die zweitschwächste signifikante Korrelation zur Schulbildung zu charakterisieren. Es fällt auf, dass die Patienten innerhalb der Indikationsgruppe *keine bis wenig gegebene ausschließlich psychisch-soziale Indikation* mit 61,5 % überwiegend die Volks-/Hauptschule absolviert und keiner Abitur hatte. Bei stärkerem Schweregrad machten die Abiturienten knapp 27 % aus, Absolventen von Volks-/Hauptschulen und Schulen mit dem Abschluss der mittleren Reife waren gleichermaßen vertreten.

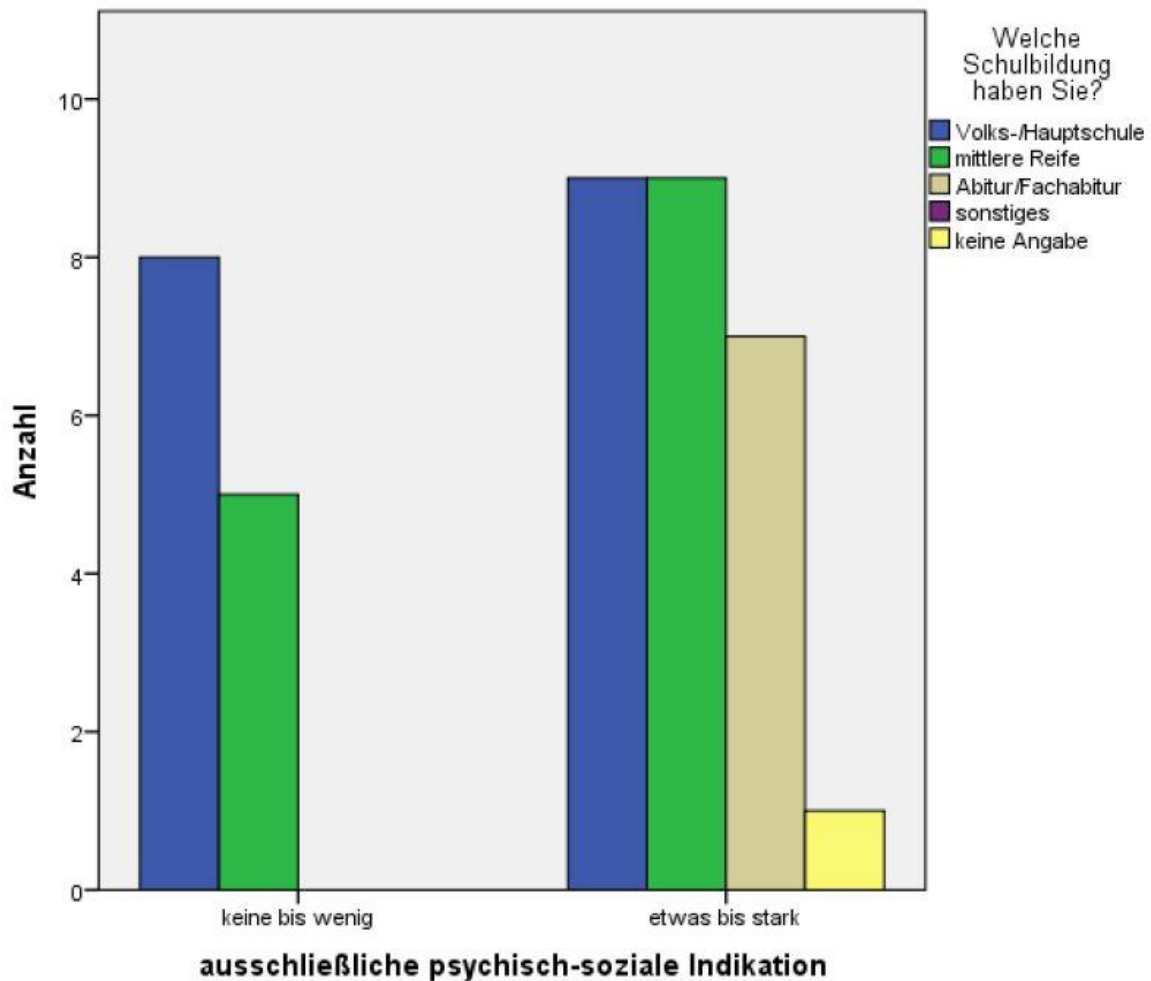


Abb. 12 Schulbildung bei ausschließlich psychisch-sozialer Indikation

Für die Frage *Haben Sie eine Psychotherapie begonnen und hat sie ggf. etwas gebracht?* Wurde mit $R=0,330$ bei $p=0,040$ die schwächste signifikante Korrelation gemessen. War eine Indikation stärker als wenig gegeben, erlebten dreimal so viele Patienten eine Besserung im Falle einer begonnenen Psychotherapie wie bei geringerer Ausprägung. Die Zahl derjenigen, die keinen Profit angaben, war fünfmal kleiner. Einen Beitrag zum Verständnis des Krankheitsbildes leistete im Erleben der Patienten eine begonnene Psychotherapie nur in zwei Fällen mit vormalig etwas bis stark eingeschätzter Indikation.

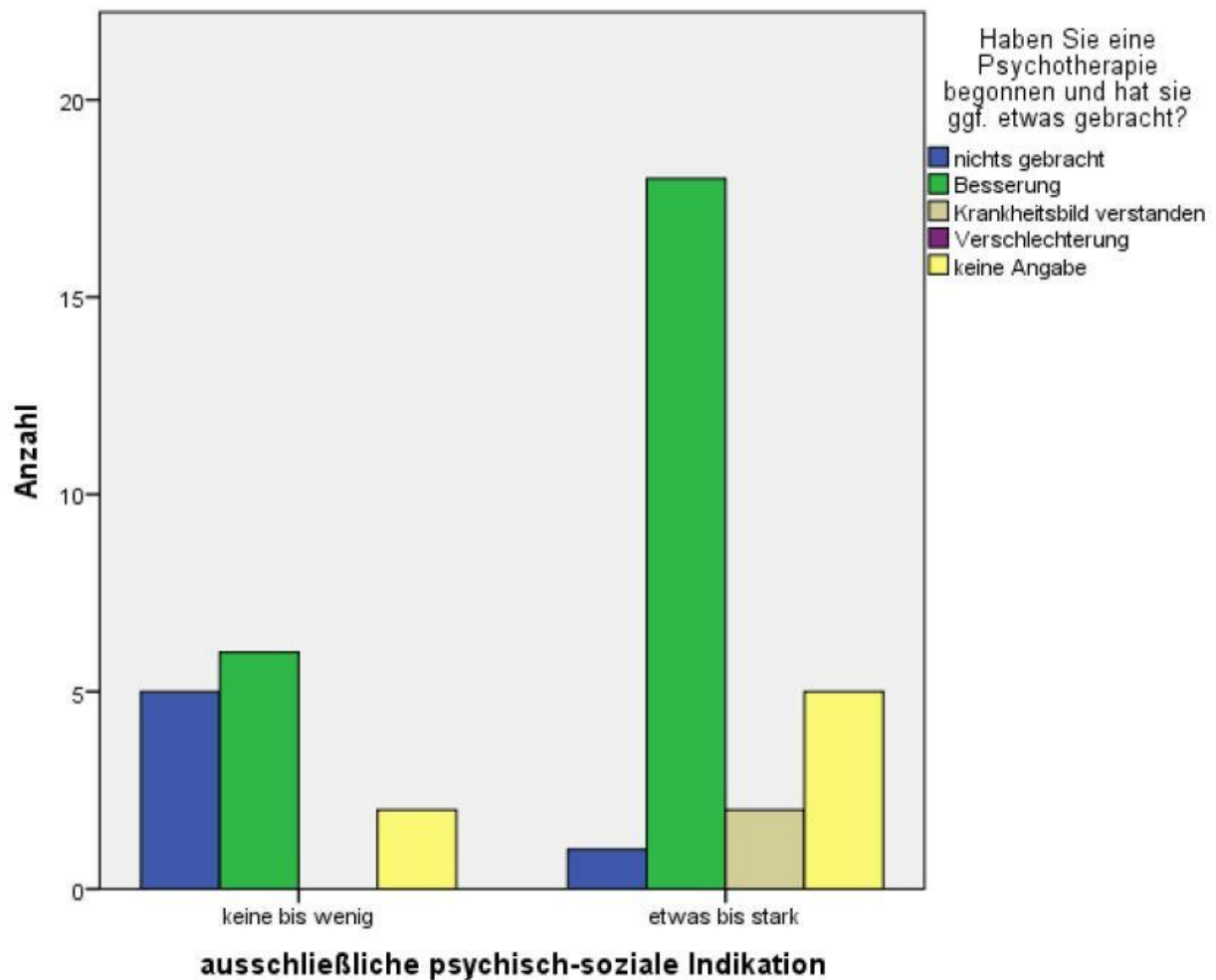


Abb. 13 Bilanz über Psychotherapie bei ausschließlich psychisch-sozialer Indikation

Für die Patienten mit zu etwa gleichen Teilen biologischer, psychischer und sozialer Indikation konnte für die Frage *Hat die stationäre Therapie ggf. etwas gebracht?* (zwischen dem Klinikaufenthalt 2007 und der katamnestischen Befragung 2008) mit $R=0,321$ bei $p=0,083$ ein statistisch aussagekräftiger Trend ermittelt werden: In beiden Indikationsgruppen stellten die Antworten *sehr geholfen* bzw. *geholfen* den größten Anteil. Bei vormals etwas bis stark gegebener Indikation erlebten jedoch dreimal so viele Patienten nach einem weiteren stationären Aufenthalt eine Verschlechterung. *Sehr verschlechtert* wurde zwei Mal angegeben, bei geringerem Schwergrad dagegen keinmal.

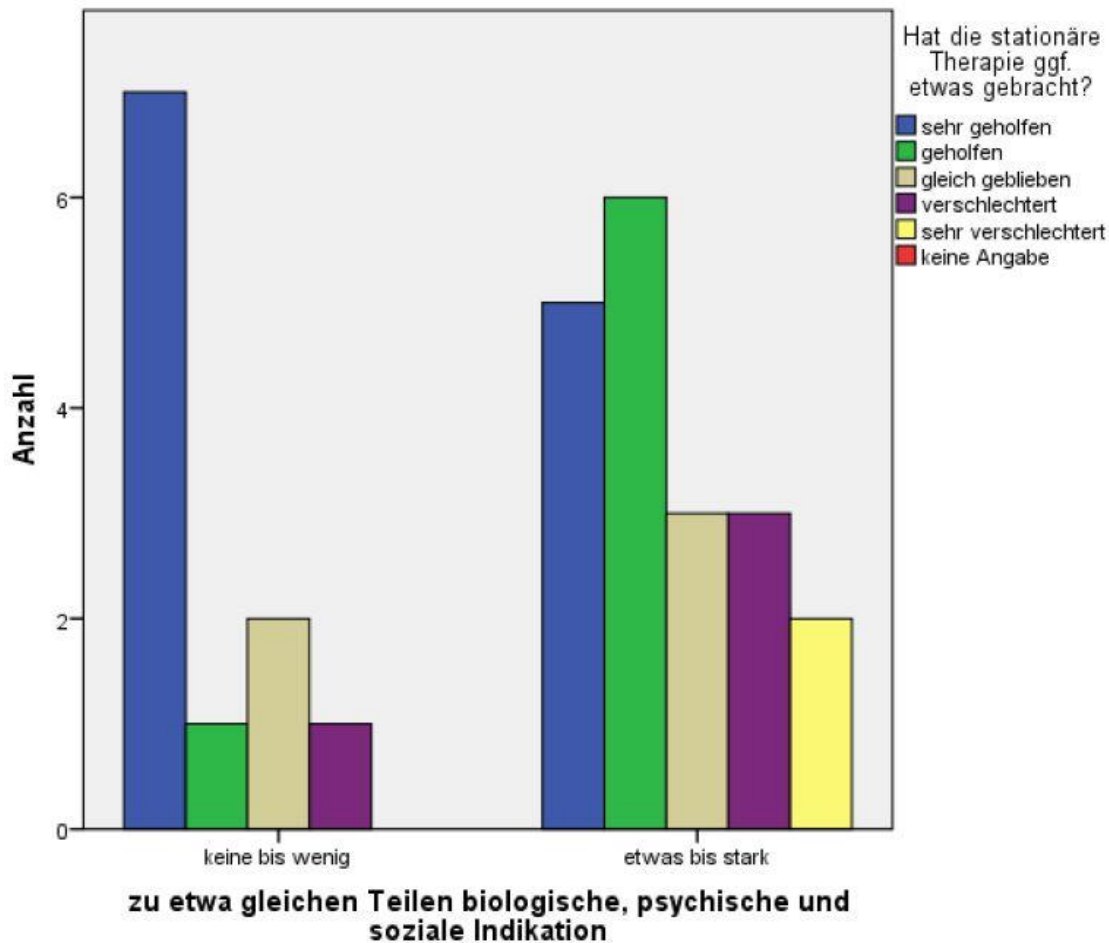


Abb. 14 Bilanz über stationäre Therapie bei zu etwa gleichen Teilen biologischer, psychischer und sozialer Indikation

Zusammenfassend ist zu sagen, dass Patienten mit vormalis stärker ausgeprägter Indikation

- eine ambulante Therapie als hilfreicher empfunden haben,
- mehrmalige Rezidive in ähnlicher Anzahl erlebten wie keine,
- dann häufiger eine erneute stationäre Aufnahme suchten,
- aber am häufigsten keine Angabe dazu machen wollten,
- und auch häufiger einen höheren Schulabschluss hatten.

Psychotherapie konnte in dieser Indikationsgruppe zum Krankheitsverständnis beitragen und hat seltener nichts gebracht.

Patienten mit vormalis geringer ausgeprägter Indikation gaben an, dass

- die ambulante Therapie häufiger keine Veränderung gebracht hat,
- sie häufiger ein Rezidiv erleben mussten,
- im Falle eines Rezidivs seltener eine erneute stationäre Aufnahme nötig war,
- eine Psychotherapie nicht zum Krankheitsverständnis beitragen konnte und seltener zu einer Besserung führte (ähnlich oft nichts brachte).

In dieser Indikationsgruppe wurde die mittlere Reife als höchster Schulabschluss ermittelt, am häufigsten hatten die Patienten die Volks-/Hauptschule abgeschlossen.

Statistisch trendhaft konnte gezeigt werden, dass in dieser Indikationsgruppe die stationäre Therapie in Abgrenzung zu hilfreich, unverändert und verschlechtert deutlicher als sehr hilfreich empfunden wurde, keinmal mit einer starken Verschlechterung assoziiert wurde. Bei stärkerer Ausprägung überwogen hilfreich und sehr hilfreich, allerdings wurde häufiger keine Veränderung oder gar eine (bis zu) starke Verschlechterung erlebt.

Die hohe Zahl nicht gemachter Angaben zum Umgang mit einem oder mehreren Rezidiven entsprach nicht den Erwartungen und wird im entsprechenden Abschnitt zu diskutieren sein.

Bei zu etwa gleichen Teilen biologischer, psychischer und sozialer Indikation wurde für den Faktor *Negatives Selbstbild* mit $R=-0,337$ bei $p=0,042$ die stärkste und einzige statistisch signifikante Korrelation in der Analyse mit den schriftlichen Katamnesen gemessen. Da der Korrelationskoeffizient ein negatives Vorzeichen hat, besteht ein negativer Zusammenhang zwischen negativem Selbstbild und Ausprägungsgrad der Indikation. Das negative Selbstbild wird auf einer Skala von 1 bis 3 gemessen (stark bis leicht). Der Zusammenhang ist daher so zu interpretieren, dass das negative Selbstbild umso stärker ausfällt, je stärker die Indikation ausgeprägt war: Bei etwas bis stark gegebener Indikation gaben dreimal weniger Patienten ein leicht negatives Selbstbild, mehr als doppelt so viele ein normal negatives Selbstbild und doppelt so viele ein stark negatives Selbstbild an wie bei geringerer Ausprägung. Im Streudiagramm stellt sich dies folgendermaßen dar:

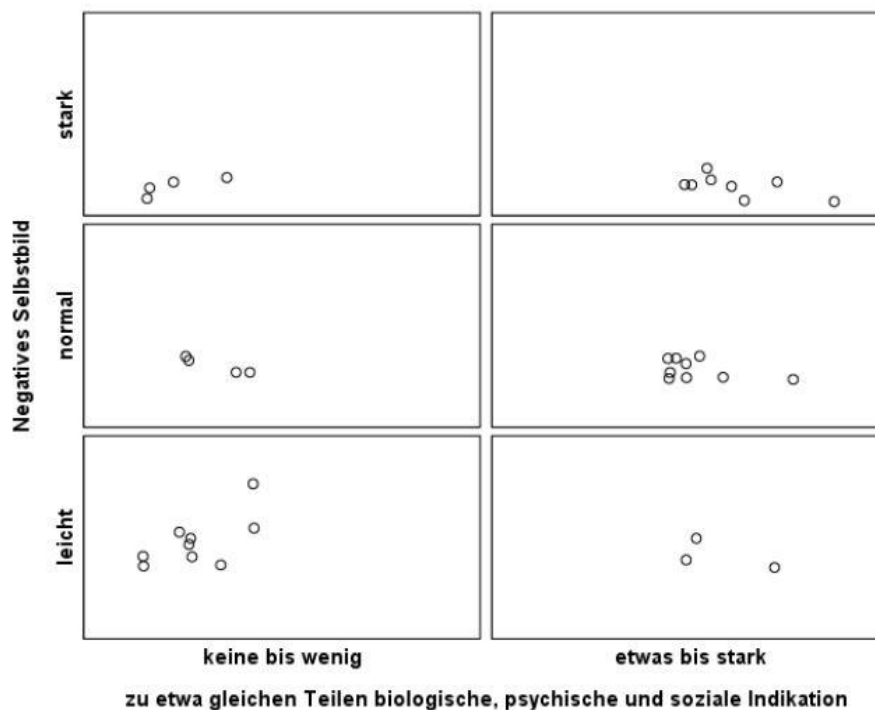


Abb. 15 Negatives Selbstbild bei zu etwa gleichen Teilen biologischer, psychischer und sozialer Indikation

Für die Patienten im gleichen Indikationsfaktor konnten für die Faktoren *Besserung nach dem stationären Aufenthalt* mit $R=0,318$ bei $p=0,062$ sowie *Suizid-/Todesgedanken* mit $R=0,298$ bei $p=0,074$ statistisch aussagekräftige Trends ermittelt werden: War eine Indikation stärker als wenig gegeben, erlebten fünfmal so viele Patienten eine Verschlechterung nach dem stationären Aufenthalt wie bei geringerer Ausprägung. Die Zahl derjenigen, die keine Veränderung oder eine Besserung angaben, war im Vergleich der Schweregrade etwa gleich

groß. Unter der gleichen Voraussetzung gaben knapp dreimal so viele Patienten Suizid-/Todesgedanken an wie bei geringerer Ausprägung. Die Zahl derer, die solche Gedanken verneinten, unterschied sich im Vergleich der Schweregrade um etwa zehn Prozent zugunsten nicht bis wenig gegebener Indikation. Folgende Diagramme veranschaulichen diese Trends.

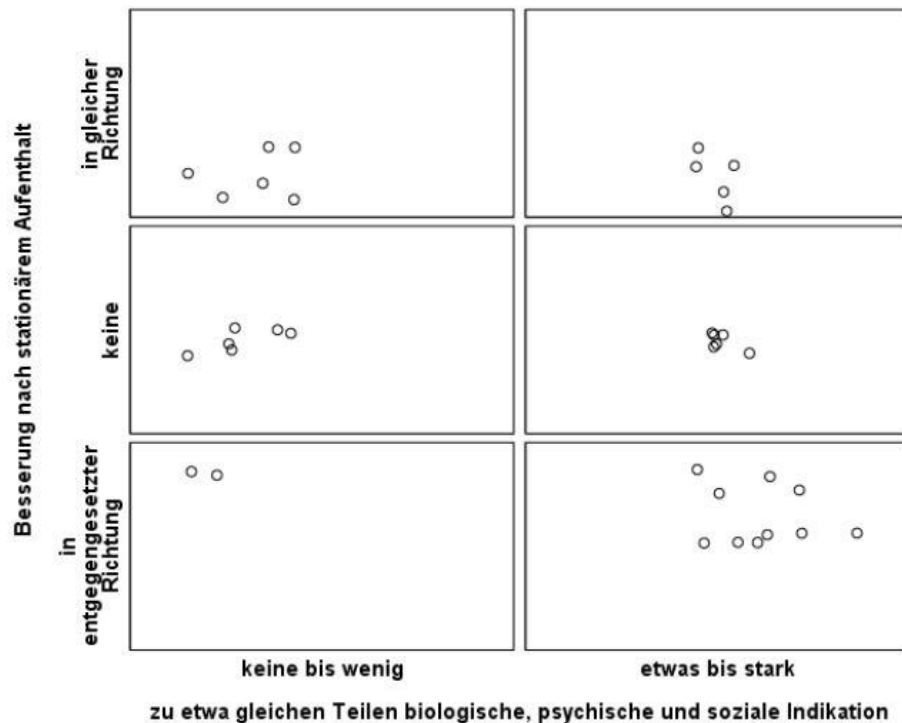


Abb. 16 Besserung nach stationärem Aufenthalt bei zu etwa gleichen Teilen biologischer, psychischer und sozialer Indikation (Trend)

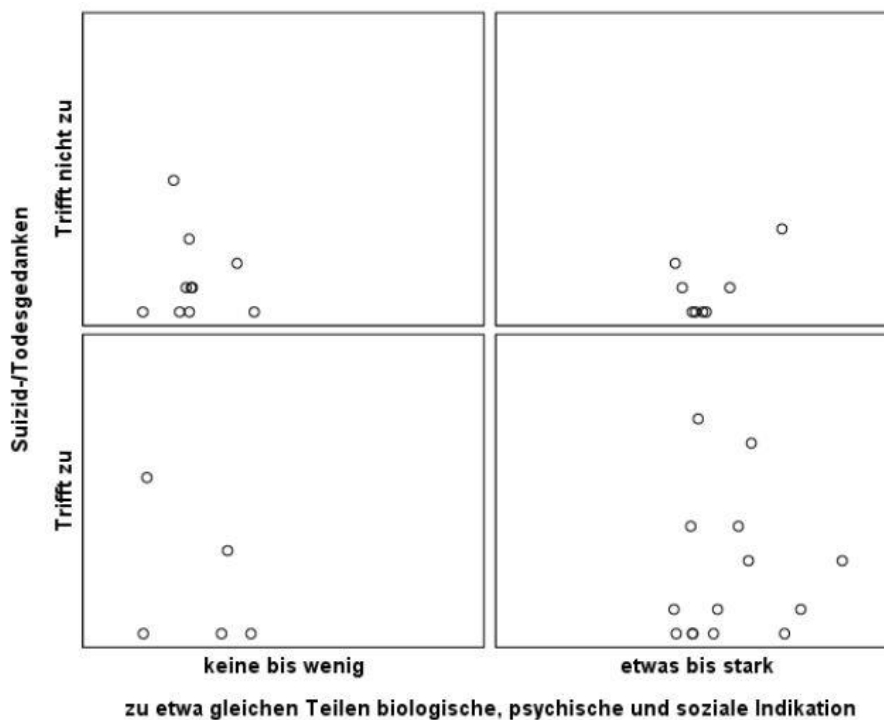


Abb. 17 Suizid-/Todesgedanken bei zu etwa gleichen Teilen biologischer, psychischer und sozialer Indikation (Trend)

Bei ausschließlich psychisch-sozialer Indikation zeigten sich statistische Trends für die Faktoren *Aggressive Impulse* ($R=0,267$ bei $p=0,096$) und *Probleme im Erleben/Bewältigen des sozialen Umfelds und seiner Anforderungen* ($R=0,267$ bei $p=0,096$): Bei etwas bis stark gegebener Indikation gaben viermal so viele Patienten aggressive Impulse an wie bei geringerer Ausprägung. Allerdings lag der Prozentsatz dieser Gruppe für „trifft nicht zu“ im Vergleich der Schweregrade auch um zehn Punkte höher. Analog verhielt es sich bei den Patienten, die Probleme im Erleben/Bewältigen ihres sozialen Umfelds und seiner Anforderungen angaben (vgl. Abbildungen 18 und 19).

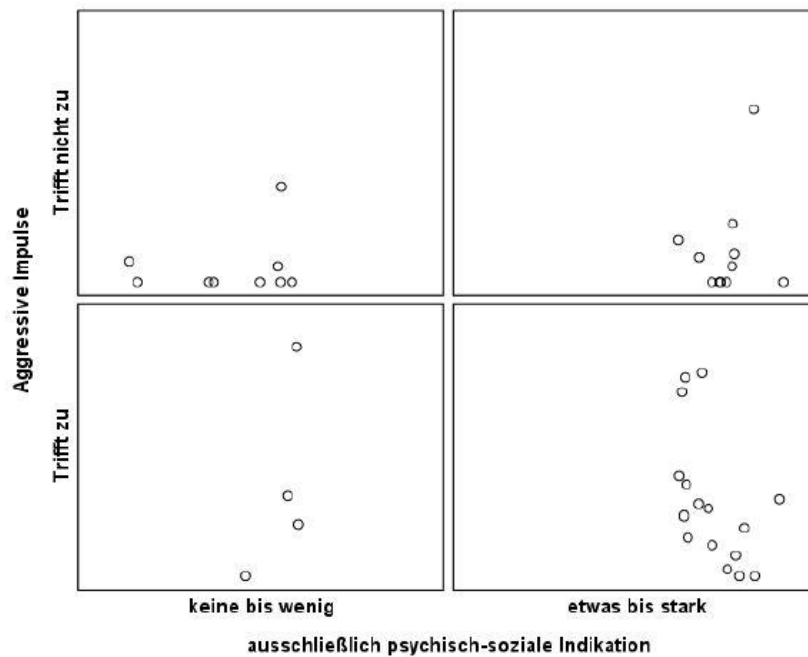


Abb. 18 Aggressive Impulse bei ausschließlich psychisch-sozialer Indikation (Trend)

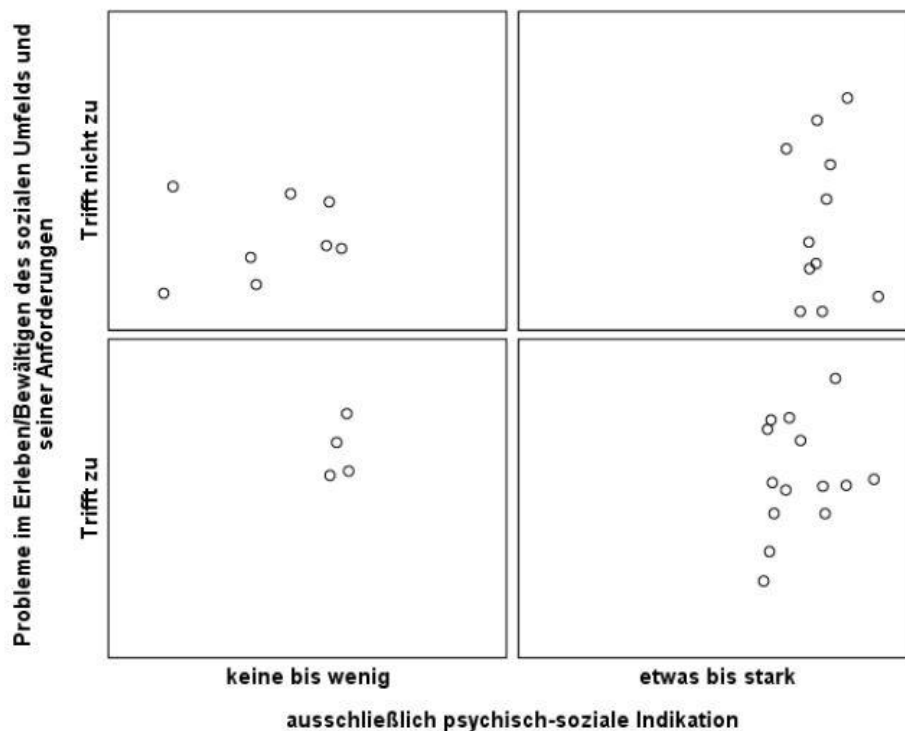


Abb. 19 Probleme im Erleben/Bewältigen des sozialen Umfelds bei ausschließlich psychisch-sozialer Indikation (Trend)

Somit bestätigt sich die Erwartung, dass das negative Selbstbild umso stärker ausfällt, je stärker die Indikation ausgeprägt ist, in statistischer signifikanter Weise. Die Annahmen, dass schwerer eingeschätzte Indikationen dauerhaft eine schlechtere Prognose bedingen, was die allgemeine Besserung, aber auch Suizid-/Todesgedanken, aggressive Impulse und Probleme im Erleben/Bewältigen des sozialen Umfelds angeht, werden im Trend bestätigt.

9. Zusammenfassung der Studienergebnisse

Es konnte gezeigt werden, dass es möglich ist, mit 10 Items, die sich zu unterschiedlichen Anteilen aus psychischen, biologischen und sozialen Indikationen zusammensetzen, alle Patienten der Stichprobe mit mindestens einer Indikation zu erfassen.

Die Auswertung ergab, dass nicht notwendigerweise immer etwas „stark“ ausgeprägt war. Wenn nichts „stark“ ausgeprägt war, traf keine spezifische Aussage immer zu, ebenso wenig eine solche nie zutraf. Es war dann jedoch zu beobachten, dass mehrheitlich Gründe vorlagen, die aktuell eine stationäre Behandlung erfolgsversprechender erscheinen ließen. Dabei überwogen psychische und soziale Indikationen, die in ihrem Schweregrad unter Umständen eine ambulante oder teilstationäre Behandlung nicht vollkommen ausschlossen. Statistisch zeigte sich weder wöchentlich, noch ab einer bestimmten Woche eine signifikante Veränderung der Indikationen.

Ob die Verteilung von „trifft nicht/wenig/etwas/stark zu“ nahe legt, dass „trifft zu/nicht zu“ ausreicht, ist keine statistisch zu beantwortende Frage und wird im Abschnitt *Diskussion und Schlussfolgerungen* besprochen.

Die Korrelation der Indikationsdaten mit dem ICD-10-Symptom Rating der Klinik St. Lukas in Bad Griesbach ergab mit Ausnahme von Depressions- und Zusatzskala bei etwas bis stark

gegebener Indikation auf allen Skalen höhere Werte, was den Median und den höchsten ermittelten Wert anging. Ausreißer zeigten, dass in Einzelfällen auch bei laut Indikationsdaten nicht bis wenig gegebener Indikation hohe Skalenwerte vorkamen. Nicht mehr signifikant waren bei überwiegend psychischer Indikation der Zusammenhang zur Depressionsskala, bei ausschließlich biologischer Indikation zu Somatisierungsskala und Gesamtscore sowie bei ausschließlich psychisch-sozialer Indikation zur Essstörungsskala. Aufgrund der begrenzten Stichprobengröße wurde dennoch ein aussagekräftiger statistischer Trend unterstellt.

Darüber hinaus ergab die Korrelation der Indikationsdaten mit den Katamnesen der Klinik Donaustauf aufgrund statistischer Signifikanz als überzufällige Zusammenhänge gewertete Ergebnisse, was die Bilanz einer ambulanten Therapie, die Anzahl an Rezidiven, die Reaktion auf solche, die Bilanz einer Psychotherapie im Allgemeinen, den erreichten Schulabschluss sowie das negative Selbstbild angeht: Die Annahmen, dass bei vormals stärker ausgeprägter Indikation auch schon geringfügige Änderungen als entlastender empfunden werden, das negative Selbstbild jedoch auch im weiteren Verlauf umso stärker ausfällt, je stärker die Indikation gegeben war, konnten bestätigt werden. Weiterhin wurden die Erwartung, dass stärker ausgeprägte Indikationen aus einer schwereren Symptomatik und umfassenderen Belastung resultieren und deshalb langfristiger angegangen werden müssen, als es in nur einem stationären Aufenthalt in der Regel möglich ist, und die Thesen, dass schwerer eingeschätzte Indikationen dauerhaft eine schlechtere Prognose bedingen, was die allgemeine Besserung, aber auch Suizid-/Todesgedanken, aggressive Impulse und Probleme im Erleben/Bewältigen des sozialen Umfelds angeht, im Trend bestätigt.

Die Verteilung der Art der Beendigung unterschied sich in Korrelation mit der Indikationsstellung nicht signifikant (Klinik St. Lukas, Bad Griesbach).

10. Diskussion und Schlussfolgerungen

10.1 Stichprobe und Ergebnisse der deskriptiven Untersuchung der operationalisierten Indikationsstellung

Die konsekutive Stichprobe der vorliegenden Studie besteht mit 67,5% überwiegend aus Frauen. Dies ist mit der höheren Prävalenz von psychischen Störungen bei Frauen bzw. ihrem geschlechtsspezifischen Umgang damit erklärbar (Möller-Leimkühler 2005). Die 231 Patienten waren zum Aufnahmezeitpunkt zwischen 17 und 79 Jahre alt, der Median lag bei 51 Jahren und damit etwa 10 Jahre über dem 2001 und 2002 in elf stationären psychosomatischen Einrichtungen (N=8.390) ermittelten Altersdurchschnitt von 40,9 (Tritt et al. 2003) Jahren. Daran dürften das vergleichsweise begrenzte Kollektiv aus nur einem Bundesland, aber auch die demographische Entwicklung Anteile haben: Eine Anfrage beim Statistischen Bundesamt ergab im Zeitraum von 2001 bis 2010 eine Zunahme des Durchschnittsalters in Deutschland von 41,3 auf 43,7 Jahre (Statistisches Bundesamt 2011). Die ansonsten nicht ohne Weiteres zu begründende Auffälligkeit weist auf die zunehmende Herausforderung hin, in der psychosomatischen und psychotherapeutischen Medizin - wie auch in der übrigen Gesundheitsversorgung - veränderten Altersgruppen zu begegnen.

Die auf dieser Grundlage erfolgte deskriptive Untersuchung der operationalisierten Indikationsstellung ergab, dass der aktuell 35 Items zählende Indikationsbogen auf zehn Items

reduziert werden könnte, ohne einen Patienten des untersuchten Kollektivs nicht zu erfassen. Nur im klinischen Alltag kann überprüft werden, ob die verbliebenen Items inhaltlich der Situation der Patienten in der akut-stationären psychosomatischen Versorgung gerecht werden, wenn die potentielle Komplettierung durch die gestrichenen Items ausbleibt. Damit in Zusammenhang stehend entscheiden Sinn und Zweck des Einsatzes der operationalisierten Indikationsstellung darüber, ob auf die mit polytomer Bewertung der Items einhergehende Differenzierung in „trifft nicht/wenig/etwas/stark zu“ verzichtet werden kann.

Handhabung und statistische Auswertung erscheinen bei dichotomer Bewertung praktikabler. Diese Auffassung ist Überlegungen geschuldet, deren Augenmerk auf Effizienz liegt. Dieser Begriff wiederum entstammt ökonomischer Terminologie und soll zunächst am Beispiel des zuletzt diskutierten Ergebnisses dieser Studie von dem der Effektivität abgegrenzt werden: In der untersuchten Stichprobe ließe sich für jeden Patienten mit nur zehn Items mindestens eine Indikation zur akut-stationären Versorgung stellen. Entsprechend ökonomischer Definition von Effizienz könnte man sagen, dass das definierte Ziel so mit dem geringsten Mitteleinsatz erreicht würde. Effektiv ist der Indikationsbogen in der untersuchten Form jedoch unabhängig davon, denn das definierte Ziel wird auch mit 35 Items erreicht. Eine analoge Betrachtung scheint angebracht, was die polytome Bewertung des Schweregrads der Indikation angeht:

Ob eine differenzierende Unterscheidung mit „Trifft nicht/wenig/etwas/stark zu“ einer dichotomen Bewertung mit „trifft zu/trifft nicht zu“ überlegen ist, ist primär eine Frage der klinisch-praktischen Konsequenz: Wenn bereits „wenig“ eine valide Indikationsstellung für eine stationäre Aufnahme ist, genügt eine dichotome Bewertung der Items. Aus Sicht der im Alltag damit befassten Therapeuten wäre in diesem Zusammenhang eine schnellere und intuitivere Handhabung und Bewertung, im Vergleich der Indikationen im weiteren Behandlungsverlauf eine verbesserte Benutzerfreundlichkeit zu unterstellen. Die statistische Verwertbarkeit der entstehenden Daten wäre bei Dichotomisierung darüber hinaus vor allem hinsichtlich ihrer Interpretation einfacher und vielfältiger möglich. So waren die Korrelationsrechnungen dieser Studie teilweise nur bei Dichotomisierung bzw. Trichotomisierung interpretierbar, die nachträglich vorgenommen werden mussten. Gleichmaßen würde jedoch ein Informationsverlust in Kauf genommen, der in der Diskussion der Korrelationsanalysen Tragweite beweist. Eine zweistufige Differenzierung (trifft nicht bis wenig/etwas bis stark zu) könnte diese abschwächen.

Der Nutzen der Konkretisierung „wenig/etwas/stark“ könnte fern statistischer Überlegungen beispielsweise in einer Priorisierung bei der Therapie-Planung bestehen. Auch mit einem definierten Mitteleinsatz den größtmöglichen Ertrag zu erzielen, gilt nach ökonomischer Definition als effizient.

Eine wöchentliche Indikationsstellung erscheint statistisch nicht sinnvoll, wobei der dazu durchgeführte statistische Test streng genommen identische Gruppengrößen voraussetzt und die Ergebnisse daher vorsichtig zu interpretieren sind. Das Wissen um die grundsätzliche Notwendigkeit einer vollständigen Überprüfung der Indikation(en) sowie die konzeptionelle Ausrichtung der meisten therapeutischen Maßnahmen in der akut-stationären psychosomatischen Versorgung könnten die Überlegung initiieren, die Indikation einmal monatlich operationalisiert zu überprüfen bzw. auf Veränderungen hin zu untersuchen. Der so entstehende Beitrag zur Prozessforschung in der Psychotherapie ließe sich durch gleichermaßen standardisierte Dokumentationen und Untersuchungen mit einer Erfolgsforschung kombinieren. Dadurch wären langfristig auch Aussagen über die Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren zu treffen.

10.2 Deskriptive Statistik der ISR-Skalen

Somatisierungsskala und Essstörungsskala zeigten mit 0,70 und 0,77 die niedrigsten Mittelwerte. Die Patienten der Fachklinik St. Lukas in Bad Griesbach gaben also überwiegend eine geringe Symptombelastung an, die auf Störungen aus dem somatoformen Formenkreis und des Essverhaltens hinweisen. Angesichts dessen, dass es sich dabei per se um exemplarische psychosomatische Krankheitsbilder handelt, reizt ein Blick auf die bundesweite Verteilung von F-Diagnosen in der Akutpsychosomatik (2010, Hauptdiagnosen). Zum Vergleich finden sich daneben die Zahlen für Fachabteilungen für Psychiatrie.

	Akutpsychosomatik		Psychiatrie	
	Diagnosehäufigkeit (gesamt: 67528)	Anteil an allen F-Diagnosen	Diagnosehäufigkeit (gesamt: 766371)	Anteil an allen F-Diagnosen
ICD-10-3 F0	368	0,5%	63501	8,3%
F1	1386	2,1%	260246	34,0%
F2	659	1,0%	125447	16,4%
F3	32290	47,8%	198000	25,8%
F4	20972	31,1%	74077	9,7%
F5	7816	11,6%	4272	0,6%
F6	3330	4,9%	32870	4,3%
F7-9	707	1,0%	7958	1,0%
F0: Organisch psychische Störungen F1: Störungen durch psychotrope Substanzen F2: Schizophrenie und psychotische Störungen F3: Affektive Störungen F4: Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen F7-9: Sonstige psychische Störungen				

Tab. 15 (Haupt-)Diagnoseverteilung in Fachabteilungen für Akutpsychosomatik und Psychiatrie in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2010)

Es wird deutlich, dass affektive Störungen im Jahre 2010 knapp 50% der Diagnosen in der Akutpsychosomatik ausmachten, mit gut 30 % darauf jedoch bereits die Neurotischen-, Belastungs- und somatoformen Störungen folgten. Unter die Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen fallen - mit Ausnahme des Binge Eatings (DSM-IV) - auch die Essstörungen: sie stellten mit (gerundet) 12 % die drittgrößte Gruppe in der Verteilung der F-Diagnosen. Im Vergleich zu Fachabteilungen für Psychiatrie offenbart sich der exemplarische Charakter dieser Störungen für konzeptionell psychosomatisch zu behandelnde Erkrankungen. Bundesweit stellten im Jahre 2010 F4- und F5-Diagnosen dort nur jeweils einen Anteil unter 10% in der Verteilung aller F-Diagnosen. Am häufigsten wurden Störungen durch psychotrope Substanzen diagnostiziert, gefolgt von affektiven Störungen und psychotischen Störungen. In der Akutpsychosomatik spielten diese Diagnosen abgesehen von den affektiven Störungen mit unter 3% eine vergleichsweise kleine Rolle.

		Akutpsychosomatik		Psychiatrie	
		Diagnosehäufigkeit	Anteil an allen F-Diagnosen	Diagnosehäufigkeit	Anteil an allen F-Diagnosen
ICD-10-3	F32-39	31475	46,6%	175970	22,9%
	F40-41	4193	6,2%	13103	1,7%
	F42	844	1,2%	2057	0,2%
	F45	4469	6,6%	3885	0,5%
	F50	3752	5,5%	1448	0,1%
F32-39: Depression F40-41: Angst F42: Zwang F45: Somatisierung F50: Essstörung					

Tab. 16 Verteilung der ISR-relevanten Hauptdiagnosen in Fachabteilungen für Akutpsychosomatik und Psychiatrie (Statistisches Bundesamt 2010)

Betrachtet man F45 als ICD-10-Codierung für das ISR-Syndrom *Somatisierung*, stellt sie in der Auswahl in Tabelle 14 mit knapp 7 % nach *Depression* den zweitgrößten Anteil an allen F-Diagnosen, die 2010 in der Akutpsychosomatik vergeben wurden. F50 als Codierung für das Syndrom *Essstörung* folgt mit knapp 6 % dem Syndrom *Angst* und war weitaus häufiger vertreten, als F42 (*Zwang*) mit 1,2 %.

Gemessen am Jahre 2010 entspricht die Stichprobe der Fachklinik St. Lukas insoweit nur teilweise dem bundesweiten Durchschnitt. Zwar bildet ihn die Symptombelastung, die für depressive und ängstliche Störungen hinweisend ist, ab; Zwangssyndrome scheinen jedoch vergleichsweise über-, Somatisierungs- und Essstörungssyndrome unterrepräsentiert gewesen zu sein. Zwischen letztgenannten war darüber hinaus das Verhältnis umgekehrt (höherer Mittelwert für Essstörungsskala). Dies gilt allerdings nur unter der Annahme, dass eine Symptombelastung in der entsprechenden Hauptdiagnose resultierte.

10.3 Stichprobe und Ergebnisse der Korrelation der Indikationsdaten mit dem ICD-10-Symptom-Rating

Für 100 Patienten der beschriebenen Stichprobe konnte eine Korrelationsanalyse mit dem ICD-10-Symptom-Rating erfolgen. Alle Patienten wurden in der Fachklinik St. Lukas behandelt. Innerhalb dieser Stichprobenuntergruppe änderten sich das Geschlechterverhältnis mit 33,0% Männern zu 67,0% Frauen, sowie die Altersspanne mit 18 bis 79 Jahren nicht in relevanter Weise. Der Median lag mit 55 Jahren dagegen noch höher.

Das ICD-10-Symptom-Rating evaluiert Status und Schweregrad psychischer Störungen im Selbstbeurteilungsverfahren und stellt eine weitere (standardisiert operationalisierte) Datenquelle im Sinne der Multimodalität (Baumann 1998) dar, wenn die Wirksamkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens beurteilt werden soll. Überzufällige Zusammenhänge zu fast allen ISR-Skalen unterstellen der operationalisierten Indikationsstellung einen diagnostischen Mehrwert und vermitteln einen Eindruck der Aussagekraft beider Instrumente. Der Erfassungszeitpunkt der Ratings blieb in den Analysen unberücksichtigt.

Mit Beträgen zwischen 0,154 und 0,218 sind die Korrelationskoeffizienten der signifikanten Korrelationen nicht sehr hoch, so dass statistisch ein eher schwacher Zusammenhang besteht. Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Datenquellen (Patienteneinschätzungen versus therapeutisches Urteil) und der Vielzahl von Faktoren, die sowohl in die Symptombelastung, als auch in die Indikationsstellung hineinspielen, war kein anderes Ergebnis zu erwarten. Eine perfekte Korrelation ergäbe sich nur dann, würde die Symptombelastung durch den

Schweregrad der Indikationsstellung vollkommen abgebildet, oder gar determiniert. Die Komplexität psychischer Erkrankungen und ihre Folgeerscheinungen machen dies nicht regelhaft möglich. Eine angemessene Bewertung der maximal schwachen Korrelationen kann nur in der Zusammenschau mit den Signifikanzwerten erfolgen. Diese sind im Falle der Somatisierungsskala und des Gesamtscores bei überwiegend psychischer Indikation sogar auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig). Angesichts des begrenzten Kollektivs stellt die Vielzahl signifikanter Zusammenhänge das entscheidende Ergebnis dar: Zwischen der operationalisierten Indikationsstellung und dem ISR bestehen statistisch nachvollziehbare Zusammenhänge.

Ein auffälliger Zusammenhang ergab sich zwischen Zusatzskala und ausschließlich biologischer Indikation. Folgende Tabelle stellt die Zusatzitems den möglichen biologischen Indikationen gegenüber.

Zusatzitem	Biologische Indikation
Frage 19: Schlechter Appetit Frage 44: Einschlafschwierigkeiten Frage 59: Gedanken an Tod / Sterben Frage 60: Drang sich zu überessen Frage 64: Frühes Erwachen am Morgen Frage 66: Unruhiger / gestörter Schlaf Frage 89: Schuldgefühle	<p>Item 1: Es liegt eine Erkrankung vor, die an sich bereits eine stationäre Behandlung erfordert, diese ist aber durch eine psychische oder psychosomatische Erkrankung kompliziert, muss jedoch nicht auf einer geschlossenen psychiatrischen Station behandelt werden.</p> <p>Item 2: Patienten, bei denen es durch Art und Verlauf der körperlichen Erkrankung (z.B. chronifizierende Schmerzsyndrome, invalidisierende oder zum Tode führende Erkrankungen) sekundär zu schweren psychischen Veränderungen kommt.</p> <p>Item 3: Schwierige differentialdiagnostische Einschätzung von psychischen und somatischen Symptomen (z.B. Angststörung und Angina pectoris)</p> <p>Item 4: Erkrankung primär somatischer Genese, bei der eine Dekompensation einer latenten neurotischen Konfliktsituation oder relativ stabil kompensierten Persönlichkeitsstörung zur psychischen Destabilisierung und/oder Verstärkung der körperlichen Symptome führt.</p> <p>Item 5: Psychisch mitbedingte Erkrankung, deren körperliche Symptomatik einen solchen Schweregrad erreicht hat, dass ständige ärztliche Überwachung und eine spezielle Form somatischer Begleitbehandlung notwendig ist.</p> <p>Item 6: Daneben kann die Durchführung notwendiger internistischer Diagnostik bei psychischer und psychosomatischer Erkrankung durch das stationäre Setting erleichtert bzw. die Compliance erhöht werden, im Vordergrund steht aber die psychosomatische Behandlung.</p>

Tab. 17 Zusatzitems und biologische Indikationen in der Gegenüberstellung

Als einzige signifikante Korrelation bei ausschließlich biologischer Indikation verweist sie inhaltlich auf die psychische (überwiegend depressiv imponierende) Komorbidität

somatischer Erkrankungen. In der vorliegenden Untersuchung wurde außerdem ein höheres Maximum der Zusatzskala bei nicht bis wenig gegebener Indikation beobachtet, als bei stärker ausgeprägter Indikation. Dies legt den Schluss nahe, dass die psychische Komorbidität eine größere Beeinträchtigung und Belastung für den somatisch erkrankten Patienten darstellte, als es in manchen Fällen der therapeutischen Wahrnehmung entsprach.

Die Frage nach der Übertragbarkeit dieses Schlusses offenbart den Schwachpunkt der gesamten Untersuchungen in diesem Studienteil: Das begrenzte Kollektiv von in diesem Fall 100 Patienten. Folgeuntersuchungen mit größeren Kollektiven lassen überzufällige Zusammenhänge zu allen ISR-Skalen und übertragbare Ergebnisse erwarten.

Eine weitere Besonderheit stellen die Ergebnisse der Korrelation ausschließlich psychisch-sozialer Indikationen mit Zwangsskala und Gesamtscore dar. Auch nicht im Sinne eines statistischen Trends konnte ein Zusammenhang zum Gesamtscore hergestellt werden, dafür erwies sich der Zusammenhang zur Zwangsskala als signifikant, was in keiner anderen Gruppe der Fall war.

Im Vergleich der Indikationsfaktoren fällt der geringere Differenzierungsgrad *psychisch-sozialer* Indikationen gegenüber *überwiegend psychisch* und *ausschließlich biologisch* auf. Die Gruppeneinteilung erfolgte auf Grundlage einer statistischen Faktorenanalyse und ist inhaltlich stimmig, weshalb sie als erfolgreich gelten muss, auch wenn sie in diesem Fall zu schwer interpretierbaren Korrelationsergebnissen führt. Die Zahl der Faktoren, die auf die Indikation Einfluss nehmen, aber gerade auch die vielfältige Symptomatik der Patienten, die dieser Gruppe zugeordnet werden, entbehren eines Zusammenhangs, der sich für alle in gleicher Weise gültig benennen lässt, wenn man die Beeinträchtigung durch alle Symptome betrachtet. Dieses inhaltliche Defizit bildet sich im noch nicht einmal trendhaft herzustellenden statistischen Zusammenhang zwischen Indikationsfaktor und Gesamtscore ab. Die inhaltliche Stimmigkeit des Faktors belegt die signifikante Korrelation zur Zwangsskala hingegen in umso auffälligerer Weise. Sie bestätigt die Erwartung, dass Zwangsstörungen in der Regel psychische und soziale Indikationen zur akut-stationären Aufnahme in einer psychosomatischen Klinik bedingen, wobei die sozialen Folgen mehrheitlich einen größeren Stellenwert einnehmen. Unterstützend kann in dieser Hinsicht gewertet werden, dass bei überwiegend psychischer Indikation die Zwangsskala als einzige Skala in keinem - auch nicht statistisch trendhaften - Zusammenhang stand.

10.4 Stichprobe und Ergebnisse der Korrelation der Indikationsdaten mit der Art der Beendigung

Für 40 Patienten der konsekutiven Stichprobe konnte eine Korrelationsanalyse mit der Art der Beendigung durchgeführt werden. Mit 65,0% waren Frauen auch in dieser Stichprobenuntergruppe aus Patienten der Fachklinik St. Lukas überrepräsentiert, wobei die Altersspanne mit 37 bis 75 Jahren geringer, der Median mit 58 Jahren höher ausfiel. Für sich betrachtet fiel auf, dass 37 der 40 Patienten regulär entlassen wurden, die übrigen drei vorzeitig gegen ärztlichen Rat, disziplinarisch oder in der Folge einer Beendigung der Kostenübernahme durch den Träger.

Bei dieser geringen Anzahl irregulär entlassener Patienten war kein statistischer Unterschied in Abhängigkeit von der Indikation zu erwarten. Entsprechend gibt auf Grundlage der vorliegenden Daten eines begrenzten Kollektivs kein Indikationsschwerpunkt einen Hinweis auf die Art der Beendigung des stationären Aufenthalts. Hintergedanke der Untersuchung war

auch in diesem Teil, standardisiert erfassbare Hinweise auf die geeignete Therapie für einen Patienten zu erarbeiten. Hypothetisch bestätigt oder widerlegt eine positive Korrelation zwischen Indikation und Art der Beendigung, warum die Therapie in einem erwägten Setting für diesen Patienten geeignet erscheint (reguläre Entlassung), oder nicht (irreguläre Entlassung). Untersuchungen an größeren Kollektiven wären deshalb lohnend, auch um diese Hypothese gegebenenfalls zu verwerfen.

Mit einem Anteil von 92,5 % entspricht die Zahl regulärer Entlassungen in etwa der Untersuchung von Lieberz und Ciemer zu den Hintergründen des Abbruchs von stationären Psychotherapien (2000, 92 %).

10.5 Stichprobe und Ergebnisse der Korrelation der Indikationsdaten mit den Katamnesen

Die dritte Untergruppe besteht mit 67,5% zu einem exakt gleich hohen Anteil aus Frauen wie die gesamte konsekutive Stichprobe. Die 40 Patienten, von denen im Jahre 2008 Katamnesen erhoben werden konnten, waren zum Aufnahmezeitpunkt zwischen 18 und 66 Jahre alt, der Median lag bei 46 Jahren. Den Angaben zufolge hatten 42,5 % die Volks-/Hauptschule absolviert, 35,0 % die mittlere Reife und 17,5 % Abitur/Fachabitur erworben. Umfang, Form und Methodik der Katamneseerhebung scheinen somit nicht zu einer Selektion von Patienten einer gewissen Bildungsgruppe oder bis zu einer bestimmten Altersgrenze zu führen.

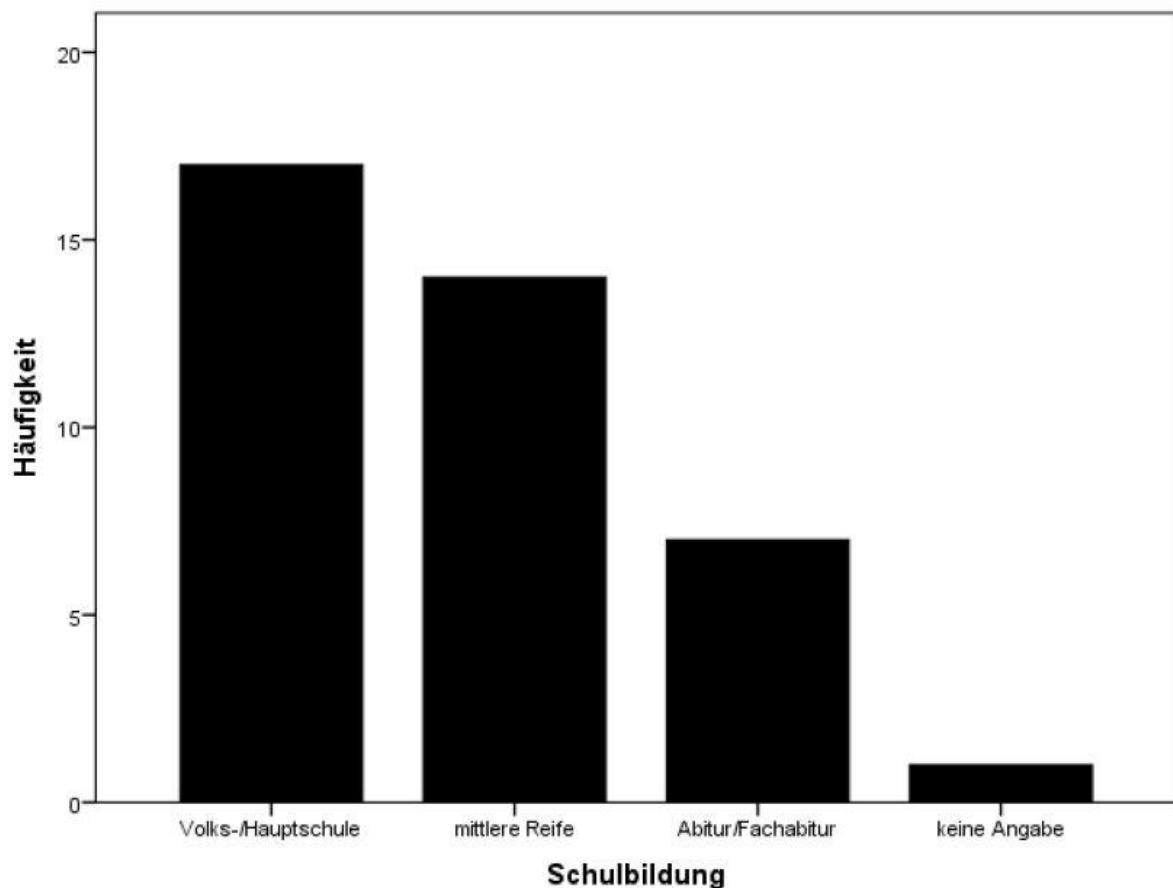


Abb. 20 Schulbildung der Katamnese-Stichprobe

		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Gültig	Volks-/Hauptschule	17	42,5	43,6
	mittlere Reife	14	35,0	79,5
	Abitur/Fachabitur	7	17,5	97,4
	keine Angabe	1	2,5	100,0
	Gesamt	39	97,5	
Fehlend	System	1	2,5	
Gesamt		40	100,0	

Tab. 18 Schulbildung der Katamnese-Stichprobe

Im Vergleich zu den Zahlen zur allgemeinen Schulausbildung in Deutschland aus dem Jahre 2008 sind Absolventen der Volks-/Hauptschule sowie der Realschule oder abschlussgleicher Schulen allerdings etwas bis deutlich über-, Abiturienten dagegen unterrepräsentiert (Vgl. Tabellen 18 und 19).

	Haupt- (Volks-)schulab- schluss	Realschul- oder gleichwertiger Abschluss	Fachhochschul- oder Hochschulreife	ohne Angabe zur Art des Abschlusses
Anzahl	27 979	15 047	17 409	319
Prozent ¹	39,3	21,1	24,4	0,4

Tab. 19 Zahlen zur allgemeinen Schulausbildung in Deutschland 2008 (Statistisches Bundesamt 2009)

Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009« des Robert-Koch-Instituts (2011) stützen den entstehenden Eindruck, dass die Beeinträchtigung durch seelische Belastungen - und schlussfolgernd auch die Notwendigkeit psychotherapeutischer Maßnahmen bis hin zum stationären Aufenthalt - in der unteren und mittleren Bildungsgruppe häufiger ist, als in der oberen Bildungsgruppe (Tabelle 20). Die Ergebnisse des Instituts zeigen auch eine Angleichung und Abnahme der Häufigkeiten ab 65 Jahren hinsichtlich Bildungsgruppen und Geschlecht.. Den Zusammenhang zwischen der Beeinträchtigung durch seelische Belastungen und der Notwendigkeit eines stationären Aufenthalts legt in diesem Kontext das Maximum von 66 Jahren zum Aufnahmezeitpunkt in der Katamnesenstichprobe nahe.

Beeinträchtigung durch seelische Belastungen ²					
		Frauen		Männer	
		%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Gesamt (Frauen und Männer)		10,8	10,2-11,4	10,8	(10,2-11,4)
Gesamt für Geschlecht		13,2	12,4-14,0	8,3	(7,5-9,1)
18-29 Jahre		14,3	12,6-16,3	6,3	(5,2-7,7)
Untere Bildungsgruppe		17,8	(14,1 – 22,2)	4,4	(2,9 – 6,8)
Mittlere Bildungsgruppe		13,0	(11,0 – 15,2)	7,0	(5,5 – 8,9)
Obere Bildungsgruppe		11,4	(7,8 – 16,3)	8,7	(4,9 – 14,8)

¹ Ergebnis des Mikrozensus. Personen im Alter von 15 Jahren und mehr.

² Stichprobe: Volljährige, deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten der Bundesrepublik Deutschland, die über Festnetzanschlüsse erreichbar ist. Feldzeit: 15. Juli 2008 - 05. Juni 2009. Insgesamt 21.453 Personen repräsentativ für die deutschsprachige Wohnbevölkerung ab 18 Jahren befragt, letztlich 21.262 Interviews verwertbar.

Beeinträchtigung durch seelische Belastungen ²				
	Frauen		Männer	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
30-44 Jahre	13,8	12,4-15,4	9,2	(7,6-11,0)
Untere Bildungsgruppe	20,1	(14,3 – 27,3)	24,5	(15,7 – 36,0)
Mittlere Bildungsgruppe	14,5	(12,8 – 16,3)	8,8	(7,1 – 10,9)
Obere Bildungsgruppe	9,1	(7,6 – 10,8)	4,5	(3,5 – 5,8)
45-64 Jahre	13,5	12,2-15,0	9,7	(8,4-11,2)
Untere Bildungsgruppe	16,4	(12,4 – 21,4)	15,1	(8,9 – 24,4)
Mittlere Bildungsgruppe	13,1	(11,6 – 14,7)	9,9	(8,3 – 11,9)
Obere Bildungsgruppe	11,9	(10,3 – 13,6)	7,5	(6,2 – 9,0)
ab 65 Jahre	11,5	9,7-13,5	6,6	(5,1-8,5)
Untere Bildungsgruppe	13,9	(10,8 – 17,8)	9,6	(4,4 – 19,8)
Mittlere Bildungsgruppe	9,1	(7,5 – 11,0)	7,7	(5,7 – 10,2)
Obere Bildungsgruppe	9,2	(6,9 – 12,0)	2,9	(2,0 – 4,2)

Tab. 20 Häufigkeit der Beeinträchtigung durch seelische Belastungen in Deutschland 2008/2009 (Robert Koch-Institut 2011)

Die Analyse mit den telefonisch erhobenen Katamnesen erfolgte anhand folgender Fragen und Items mit dem Interesse, ob sich die Verteilungen in Beziehung zu den Indikationsfaktoren und –gruppen signifikant unterscheiden:

- Ggf. Teilnahmeverweigerungsgrund
- Behandlung „gut“ bewertet?
- **In der Zwischenzeit einmal (oder mehrmals) so schlecht ergangen wie damals vor stationärem Aufenthalt?**
- **Was hat der Patient ggf. dann gemacht?**
- Weiterbehandlungen bzgl. der Symptomatik, die den Patienten in unser Krankenhaus führte?
- Einnahme von Medikament(en) nach Aufenthalt?
- Hat es ggf. etwas gebracht?
- Ambulante Therapie nach Aufenthalt?
- **Hat die ambulante Therapie ggf. etwas gebracht?**
- Stationäre Therapie seit Bezugsaufenthalt?
- **Hat die stationäre Therapie ggf. etwas gebracht?**
- Jetziges Befinden im Vergleich zu damals
- **Psychotherapie begonnen und hat sie ggf. etwas gebracht?**
- **Schulbildung**

Die fettgedruckten Korrelationen wiesen signifikante Unterschiede auf bzw. es ließ sich für sie ein Trend ermitteln. Die signifikanten Unterschiede waren jedoch nur für ausschließlich psychisch-soziale Indikationen zu beobachten, ein Trend in Beziehung zu etwa gleichen Teilen biologische, psychische und soziale Indikation. Der Indikationsfaktor *überwiegend psychische Indikation* blieb außen vor. Die Analyse mit den schriftlichen Katamnesen zeichnete ein ähnliches Bild, so dass sich der Schluss aufdrängt, dass soziale Gegebenheiten und ihre Veränderung - bzw. das veränderte Erleben oder der veränderte Umgang damit - im weiteren Verlauf den entscheidenden Unterschied machten. Der Schweregrad sozialer

Indikationen hatte demnach Einfluss darauf, wie es dem Patienten weiterhin erging, wie er darauf reagierte und von welcher Weiterbehandlung er subjektiv profitierte.

Es zeigte sich, dass Psychotherapie bei vormalig höherem Schweregrad häufiger zur subjektiven Besserung und zum Verständnis des Krankheitsbildes beitrug. Unter schwierig umzusetzender verallgemeinernder Berücksichtigung psychotherapeutischer Konzepte und Prozesse sowie des zeitlichen Abstandes zum Bezugsaufenthalt in der Klinik Donaustauf wird deutlich, dass nach maximal einem Jahr Psychotherapie sich diese in unterschiedlichen Phasen befindet. Der Schweregrad der Indikation nach der stationären Behandlung spielt dabei unzweifelhaft eine Rolle, so dass das Ergebnis grundsätzlich nicht überrascht. Auch dass die *Entlastung* bei Ausgangs geringerer *Belastung* weniger stark empfunden wird, ist naheliegend. Warum Psychotherapie bei geringerem Schweregrad gar nicht und bei höherem Schweregrad lediglich in zwei Fällen subjektiv einen Beitrag zum Krankheitsverständnis leisten konnte, lässt sich indes nicht abschließend klären. Möglicherweise führte die stationäre Behandlung bereits zu einem ausreichenden Krankheitsverständnis oder selbiges spielte gegenüber der Symptomlinderung für die Mehrheit der Patienten eine untergeordnete Rolle.

Bereits die deskriptive Auswertung der telefonischen Katamnesedaten legte offen, dass knapp 40 % der Patienten keine Angabe darüber gemacht hat, was sie unternommen hätten, als es ihnen einmal oder mehrmals so schlecht erging wie vor dem Bezugsaufenthalt. Dies entsprach nicht den der statistischen Auswertung vorangestellten Erwartungen, da mit *Selbsthilfe*, *Hausarzt/Facharzt*, *Aufnahme Klinik*, *Psychotherapie ambulant* die Bandbreite der Möglichkeiten ausreichend abgedeckt schien. Ob dieser Eindruck täuschte, Scham oder ähnliche Gefühle über eine weiter bestehende Beeinträchtigung, die tatsächliche Reaktion darauf, oder aber telefoninterview-methodische bzw. -kommunikative Gründe das Ergebnis bedingen, konnte im Rahmen dieser Studie nicht geklärt werden.

Aufgrund der geringen Stichprobengröße waren in vorliegender Untersuchung mit nur einer signifikanten Korrelation weniger überzufällige Zusammenhänge zwischen den Indikationsdaten und den schriftlichen Katamnesen herzustellen als erwartet. In ihrem Kontext ließen sich jedoch einige nicht mehr statistisch signifikante Zusammenhänge in engen Grenzen ($0,05 < p < 0,1$) als aussagekräftige Trends bewerten. In der Zusammenschau wird deutlich, dass die operationalisierte Indikationsstellung möglicherweise eine Hilfe für die Therapieplanung darstellt, mindestens aber einen evaluierten Beitrag zur Prozessforschung leistet, der sich mit Erfolgsforschung wie katamnestischen Untersuchungen kombinieren lässt.

Die deskriptive Statistik der Katamnesen legt im Vergleich mit den Ergebnissen der Korrelationsanalysen offen, welcher Mehrwert auch deskriptiver Natur durch eine solche Kombination gewonnen werden kann. Lässt die deskriptive Statistik der schriftlichen Katamnesen lediglich den Schluss zu, dass etwa die Hälfte der Patienten nach einem Jahr von ihrem stationären Aufenthalt profitieren konnte, zeigen die Katamnesefaktoren in Beziehung zu den Indikationsfaktoren und -schweregraden die Abhängigkeiten auf. Die Beziehung zwischen Indikationsfaktoren und telefonisch erhobenen Katamnesen hat beispielsweise den Mehrwert, dass die Bilanz über stationäre und ambulante Therapie nachweislich auch vom einstigen Schweregrad der Indikation(en) beeinflusst wird.

In der Bewertung von Korrelationsstärke und Signifikanzniveau sind in diesem Studienteil die gleichen Überlegungen anzustellen wie in der vorangegangenen Diskussion. Mit einem

maximalen Betrag von -0,476 sind die Korrelationskoeffizienten der signifikanten Korrelationen nicht hoch, so dass sich statistisch eher schwache Zusammenhänge darstellen. Am Beispiel der einzigen signifikanten Korrelation ($R=-0,337$) in der Analyse mit den schriftlichen Katamnesen ist vor dem Hintergrund unterschiedlicher Datenquellen (Patienteneinschätzungen versus therapeutisches Urteil) und der Vielzahl von Einflüssen sowohl auf die Beschaffenheit und Veränderung des Selbstbildes, als auch auf die Indikationsstellung, jedoch nicht die schwache Korrelation, sondern die Signifikanz auf dem 0,05 Niveau (zweiseitig) das entscheidende Ergebnis. Denn eine perfekte Korrelation ergäbe sich nur dann, würde das längerfristige Selbstbild ein Jahr im Voraus durch die Indikationsstellung vollkommen abgebildet, oder gar determiniert. Allein die klinische Erkenntnis, dass Indikationsstellung immer nur auf eine bestimmte Zeitspanne hin erfolgen kann und deshalb in regelmäßigen Abständen vollständig überprüft werden muss, widerspricht einer solchen Erwartung von Grund auf. Die Annahme, dass das negative Selbstbild umso stärker ausfällt, je stärker die Indikation gegeben ist, konnte bestätigt werden und belegt beispielhaft den Zusammenhang zwischen operationalisierter Indikationsstellung und Katamnesen.

Die Vielzahl an statistischen Trends gegenüber nur einer signifikanten Korrelation in der Analyse mit den schriftlichen Katamnesen offenbart auch in diesem Teil den Schwachpunkt aller Korrelationsuntersuchungen dieser Studie: Das begrenzte Kollektiv. Folgeuntersuchungen mit größeren Kollektiven lassen bei ähnlich gearteter Kombination von Prozess- und Erfolgsforschung vielversprechende Ergebnisse erwarten.

10.6 Fazit

Die Schwachstelle dieser Studie sind in erster Linie die begrenzten Kollektive der Stichprobenuntergruppen, die die Zahl der signifikanten Korrelationsergebnisse reduzieren und ihre Aussagen nur bedingt auf andere Kliniken übertragbar machen. Dass dennoch signifikanten Korrelationen ermittelt werden konnten, unterstreicht den Wert und die statistische Verwertbarkeit des neuen Instruments und weckt das Interesse für weiterführende Untersuchungen im Zusammenhang mit der operationalisierten Indikationsstellung in der akut-stationären psychosomatischen Versorgung.

Die Schwachstellen des Indikationsbogens liegen bislang in seinem Umfang sowie der polytomen Item-Bewertung, deren für und wider zu diskutieren bleibt. Diese erste Auswertung und Evaluierung der erfassten Daten sind eine umfassende Grundlage für seine Modifikation.

11. Literaturverzeichnis

Baumann, U. (1998). Wie objektiv ist die Wirksamkeit der Psychotherapie. In Ch. Mundt, M. Linden & W. Barnett (Hrsg.). Psychotherapie in der Psychiatrie (S.15-26). Berlin. Springer.

Fachklinik St. Lukas (Internetauftritt). www.fachklinik-sankt-lukas.de Startseite > Psychosomatik [Stand: 19.03.2012]

Kendall, P. C. (1999). Clinical significance. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67, 283–284.

Klinik Donaustauf (Internetauftritt). www.klinik-donaustauf.de Startseite > Psychosomatik [Stand: 19.03.2012]

Lieberz K. & Ciemer S. (2000). Hintergründe des Abbruchs von stationären Psychotherapien. Psychotherapeut, 45, 286–291. Berlin. Springer.

Mohr, D.C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: a critical review. Clinical psychology, 2, 1-27.

Möller-Leimkühler, A.M. (2005). Geschlechtsrolle und psychische Erkrankung. Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 6 (3), 29-35.

Perrez, M. (2005). Wissenschaftstheoretische Grundlagen der klinisch-psychologischen Intervention. In M. Perrez & U.Baumann (Hrsg.). Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie (3. Aufl., Kap.2.2; S.68-88). Bern. Huber.

Psyhyrembel (2002). Klinisches Wörterbuch (259. Auflage, S.788). Berlin. Walter de Gruyter.

Robert Koch-Institut (2011). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«. Berlin.

Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. American Psychologist, 50, 965-974.

Statistisches Bundesamt (2009). Bildungsstand der Bevölkerung. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2010). Fachserie 12, Reihe 6.2.1 Gesundheit: Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern 2010. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2011). Bevölkerungsfortschreibung. Wiesbaden.

Tritt, K., von Heymann, F., Loew, T.H., Benker, B., Bleichner, F., Buchmüller, R., Findeisen, P., Galuska, J., Kalleder, W., Lettner, F., Michelitsch, B., Pfitzer, F., Stadtmüller, G. & Zaudig, M. (2003). Patienten in stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung: Patientencharakterisierung und Behandlungsergebnisse anhand der Psy-BaDo-PTM. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie, 8, 244-251.

Untersteiner, H. (2007). Statistik - Datenauswertung mit Excel und SPSS für Naturwissenschaftler und Mediziner. Wien. Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

12. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tab. 1 Interpretation des Korrelationskoeffizienten.....	5
Tab. 2 Geschlecht und Alter der Patienten.....	7
Abb. 1 Altersverteilung nach Geschlecht.....	7
Abb. 2 Indikationshäufigkeiten in absteigender Reihenfolge der meistgestellten Indikationen	8
Tab. 3 Indikationen in absteigender Reihenfolge ihrer prozentualen Häufigkeit im Wortlaut	11
Tab. 4 Häufigkeit als „stark“ eingeschätzter Indikationen.....	11
Abb. 3 Prozentuale Häufigkeit gestellter Indikationen unter der Voraussetzung keiner als "stark" eingeschätzten Indikation (N=86)	12
Tab. 5 Gewählte Items mit Auffälligkeiten bezüglich absoluter Häufigkeit (absteigend), Schweregrad sowie Verteilung unter der Voraussetzung keiner als "stark" eingeschätzten Indikation	13
Tab. 6 Statistische Kenngrößen zu Abb. 4	14
Abb. 4 Häufigkeit der Indikationsstellung bzw. –überprüfung.....	14
Tab. 7 Wahrscheinlichkeit für statistisch unerhebliche Veränderungen der Indikation(en) binnen eines Aufenthalts	15
Tab. 8 ISR-Skalen	16
Tab. 9 Deskriptive Statistik der ISR-Skalen	16
Abb. 5 Mittelwerte der ISR-Skalen.....	17
Abb. 6 ISR-Skalen bei überwiegend psychischer Indikation.....	17
Abb. 7 ISR-Skalen bei ausschließlich biologischer Indikation.....	19
Abb. 8 ISR-Skalen bei ausschließlich psychisch-sozialer Indikation	20
Tab. 10 Statistik der Katamnesen, erhoben 2008 in der Klinik Donaustauf	21
Tab. 11 Deskriptive Statistik der telefonsich erhobenen Katamnesen (Auswahl)	24
Tab. 12 Deskriptive Statistik der schriftlichen Katamnesen	25
Tab. 13 Telefonisch gestellte Katamnesefragen in Beziehung zu den Indikationsfaktoren	30
Tab. 14 Katamnese faktoren in Beziehung zu den Indikationsfaktoren	31
Abb. 9 Bilanz über ambulante Therapie bei ausschließlich psychisch-sozialer Indikation	32
Abb. 10 Rezidive bei ausschließlich psychisch-sozialer Indikation	33
Abb. 11 Verhalten bei Rezidiven bei ausschließlich psychisch-sozialer Indikation.....	34
Abb. 12 Schulbildung bei ausschließlich psychisch-sozialer Indikation	35
Abb. 13 Bilanz über Psychotherapie bei ausschließlich psychisch-sozialer Indikation	36
Abb. 14 Bilanz über stationäre Therapie bei zu etwa gleichen Teilen biologischer, psychischer und sozialer Indikation	37
Abb. 15 Negatives Selbstbild bei zu etwa gleichen Teilen biologischer, psychischer und sozialer Indikation	38
Abb. 16 Besserung nach stationärem Aufenthalt bei zu etwa gleichen Teilen biologischer, psychischer und sozialer Indikation (Trend)	39
Abb. 17 Suizid-/Todesgedanken bei zu etwa gleichen Teilen biologischer, psychischer und sozialer Indikation (Trend).....	39
Abb. 18 Aggressive Impulse bei ausschließlich psychisch-sozialer Indikation (Trend)	40
Abb. 19 Probleme im Erleben/Bewältigen des sozialen Umfelds bei ausschließlich psychisch- sozialer Indikation (Trend).....	41

Tab. 15 (Haupt-)Diagnoseverteilung in Fachabteilungen für Akutpsychosomatik und Psychiatrie in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2010).....	44
Tab. 16 Verteilung der ISR-relevanten Hauptdiagnosen in Fachabteilungen für Akutpsychosomatik und Psychiatrie (Statistisches Bundesamt 2010).....	45
Tab. 17 Zusatzitems und biologische Indikationen in der Gegenüberstellung	46
Abb. 20 Schulbildung der Katamnese-Stichprobe	48
Tab. 18 Schulbildung der Katamnese-Stichprobe.....	49
Tab. 19 Zahlen zur allgemeinen Schulausbildung in Deutschland 2008 (Statistisches Bundesamt 2009).....	49
Tab. 20 Häufigkeit der Beeinträchtigung durch seelische Belastungen in Deutschland 2008/2009 (Robert Koch-Institut 2011).....	50

13. Anhang

13.1 Indikationsbogen

Datum _____ Arzt _____

Patient _____

geb. am _____ Behandlungswoche _____

ZUR ABLAGE I. D. KRANKENAKTE – JEDE WOCHE EINMAL AUSZUFÜLLEN!			An- kreuz- en
Biologisch	3 stark 2 etwas 1 wenig	(wenn geeignet Nr. und Beispiel notieren)	
1	Es liegt eine Erkrankung vor, die an sich bereits eine stationäre Behandlung erfordert, diese ist aber durch eine psychische oder psychosomatische Erkrankung kompliziert, muss jedoch nicht auf einer geschlossenen psychiatrischen Station behandelt werden.		
2	Patienten, bei denen es durch Art und Verlauf der körperlichen Erkrankung (z.B. chronifizierende Schmerzsyndrome, invalidisierende oder zum Tode führende Erkrankungen) sekundär zu schweren psychischen Veränderungen kommt.		
3	Schwierige differentialdiagnostische Einschätzung von psychischen und somatischen Symptomen (z.B. Angststörung und Angina pectoris).		
4	Erkrankung primär somatischer Genese, bei der eine Dekompensation einer latenten neurotischen Konfliktsituation oder relativ stabil kompensierten Persönlichkeitsstörung zur psychischen Destabilisierung und/oder Verstärkung der körperlichen Symptome führt.		
5	Psychisch mitbedingte Erkrankung, deren körperliche Symptomatik einen solchen Schweregrad erreicht hat, dass ständige ärztliche Überwachung und eine spezielle Form somatischer Begleitbehandlung notwendig ist.		
6	Daneben kann die Durchführung notwendiger internistischer Diagnostik bei psychischer und psychosomatischer Erkrankung durch das stationäre Setting erleichtert bzw. die Compliance erhöht werden, im Vordergrund steht aber die psychosomatische Behandlung.		
Psychisch	3 stark 2 etwas 1 wenig	(wenn geeignet Nr. und Beispiel notieren)	
7	Akute psychische Dekompensation, wobei die stationäre Behandlung als Krisenintervention die Fortführung der begonnenen ambulanten Behandlung ermöglichen oder bahnen soll.		
8	Im ambulanten Rahmen muss mit einer Entwicklung Verstärkung bedrohlicher Symptome gerechnet werden.		
9	Deutlicher sekundärer Krankheitsgewinn, der außerhalb einer Klinik nicht kontrolliert werden kann.		
10	Patienten mit schweren neurotischen oder Persönlichkeitsstörungen, die aufgrund ihrer Ich-strukturellen Schwäche nicht in der Lage sind, im ambulanten Rahmen eine therapeutische Beziehung aufzunehmen und aufrechtzuerhalten.		
11	Patienten mit neurotischen oder Persönlichkeitsstörungen, die zu schweren Formen des Agierens neigen und eines stabilen therapeutischen Rahmens bedürfen, der ambulant nicht sicher genug aufrecht zu erhalten ist.		
12	Aufgrund der Schwere der Störung ist die erforderliche Dichte der Behandlung ambulant/teilstationär nicht zu gewährleisten.		
13	Einleitung einer komplexen, mehrdimensionalen Behandlungsstrategie unter Beobachtung der Reaktionen des Patienten auf die Behandlungsansätze, um einen geeigneten therapeutischen Zugang zu eröffnen, der dann ambulant fortgeführt werden kann.		
14	Fehlende psychosomatische Behandlungsmotivation bei befestigtem somatischem Krankheitskonzept und Bestreben nach weiterer somatischer Diagnostik und Behandlung. Die Störung ist wegen der Art der Symptomatik nicht ambulant behandelbar.		

Datum _____ Arzt _____

Patient _____

geb. am _____ Behandlungswoche _____

15	Der Patient ist für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung nicht zu motivieren, es wird der Versuch gemacht, mit Hilfe des therapeutischen Milieus und des komplexen Behandlungsarrangements in der Klinik eine Behandlung einzuleiten.	
16	Ein sicheres Urteil über die Suizidgefahr ist nicht möglich wegen Misstrauen, Impulsivität, Gleichgültigkeit, Unerreichbarkeit, "Unehrlichkeit" des Patienten.	
17	Borderlinepatienten mit geringer Motivation für Veränderungen, geringer Fähigkeit für die erforderliche Kooperation bei der Behandlung seiner unkontrollierbaren generalisierten Impulsivität, minimaler Introspektionsfähigkeit.	
18	Das Überleben des Patienten ist in seiner sozialen Umgebung gefährdet.	
19	Unruhe- und Verwirrheitszustände, Willkürdurchbrüche, Agieren mit der Notwendigkeit des Schutzes vor Bezugspersonen.	
20	Patient bedarf wegen Abstinenzunfähigkeit der äußeren Stabilisierung initialer Abstinenz.	
21	Patienten mit schwer einzustufender Symptomatik, Struktur und Psychodynamik zur differentialdiagnostischen Abklärung.	
22	Gegenwärtig heftige Impulsdurchbrüche, wiederholter schwer beherrschbarer selbstschädigender Umgang mit Medikamenten im Rahmen chronischer Erkrankung.	
23	Aktuelle Überflutung mit reaktiviertem traumatischen Material und der Gefahr von selbstdestruktiven Impulsen.	
24	Massive dissoziative Symptome bei schwerer struktureller Ich-Störung.	
25	Schwere Übertragungsregression, negative therapeutische Reaktion bei ambulanter Therapie.	
26	Gangstörungen, sozial untragbare Tics aufgrund derer der Patient nicht im häuslichen Milieu verbleiben kann (z.B. bei Zwangsimpulsen gegen Angehörige).	
Sozial 3 stark 2 etwas 1 wenig (wenn geeignet Nr. und Beispiel notieren)		
27	Patient muss von einer überfordernden Realität entlastet werden.	
28	Patient muss von einem pathogenen Milieu herausgelöst werden, um die Voraussetzungen für eine potentiell Erfolg versprechende Behandlung herzustellen.	
29	Patient leidet aufgrund seiner Störung an schwerwiegenden sozialen Folgeerscheinungen, die nur im Rahmen einer stationären/teilstationären Behandlung unterbrochen werden können.	
30	Patient aktuell, aber nicht dauerhaft so massiv durch die Symptomatik behindert, dass er seinen sozialen Verpflichtungen nicht nachkommen kann.	
31	Patienten in aussichtsloser familiärer Verstrickung, z.B. bei aggressiv ausgetragenen Partnerschaftskrisen, familienneurotischen Verklammerungen oder bei Alkoholismus, Kriminalität und aggressiven Verhaltensstörungen in der Familie.	
32	Protrahierte schwere Ablösungskrisen und in besonders starkem Maße unselbständig und abhängig gebliebene Patienten bis zum mittleren Lebensalter.	
33	Patienten, die sich selbst als kontaktvermeidend oder -verhindernd erleben, um der Kontaktvermeidungsbereitschaft entgegenzutreten.	
34	Sozial desintegrierter Patient, der die ambulanten Angebote aufgrund eines spezifischen "Nicht-fähig-Seins" nicht wahrnimmt.	
35	Ausgeprägte psychische Komorbidität, die das Erstellen eines spezifischen Behandlungsplanes erschwert.	

13.2 ICD-10-Symptom-Rating

ICD-10-Symptom-Rating (ISR)

(Pilotversion 2.0)

Hier ist eine Liste von Beschwerden, an denen Menschen leiden können. Einige der genannten Beschwerden könnten aktuell auf Sie selbst zutreffen. Damit bei Ihnen kein Leiden übersehen wird, bitten wir Sie eine Vielzahl möglicher Beschwerden zu beurteilen. Bitte geben Sie jetzt an, ob eine der nachfolgenden Beschwerden in den letzten zwei Wochen (Ausnahme: letzte Beschwerde) auf Sie selbst zutrifft. Falls eine davon zutrifft, möchten wir auch wissen, wie stark Sie daran leiden.

Bitte beantworten Sie jetzt spontan und zügig jede der folgenden Aussagen!

Kreuzen Sie „0 = trifft nicht zu“ an, wenn Sie überhaupt nicht an der jeweiligen Beschwerde leiden,

kreuzen Sie „1 = trifft kaum zu“ an, wenn Sie kaum daran leiden,

kreuzen Sie „2 = trifft ziemlich zu“ an, wenn Sie ziemlich daran leiden,

kreuzen Sie „3 = trifft deutlich zu“ an, wenn Sie deutlich daran leiden und

kreuzen Sie „4 = trifft extrem“ an, wenn Sie extrem daran leiden.

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft ziemlich zu	trifft deutlich zu	trifft extrem zu
(1) Meine Stimmung ist gedrückt/niedergeschlagen.	0	1	2	3	4
(2) An Dingen, die ich normalerweise gern mache, habe ich keine richtige Freude mehr.	0	1	2	3	4
(3) Ich habe nicht genug Energie, wenn ich etwas tun will und werde schnell müde.	0	1	2	3	4
(4) Ich fühle mich wertlos/traue mir nichts zu.	0	1	2	3	4
(5) Ich bekomme unerklärliche Angstattacken oder Angst in Situationen, die anderen Menschen harmlos erscheinen.	0	1	2	3	4
(6) In starken Angstsituationen habe ich plötzlich auftretende körperliche Beschwerden, z. B. Herzklopfen/-rasen, Atemnot, Schwindel, Druck auf der Brust, Kloß im Hals, Zittern oder innere Unruhe bzw. Anspannung.	0	1	2	3	4
(7) Ich versuche bestimmte Situationen, die mir Angst machen, zu vermeiden.	0	1	2	3	4
(8) Schon die Vorstellung, dass ich wieder eine Angstattacke erleiden könnte, macht mir Angst.	0	1	2	3	4

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft ziemlich zu	trifft deutlich zu	trifft extrem zu
(9) Ich leide unter meinen ständig wiederkehrenden, sinnlosen Gedanken oder Handlungen, gegen die ich mich aber nicht wehren kann (z.B. Hände waschen).	0	1	2	3	4
(10) Ich leiste Widerstand gegen immer wiederkehrende, unsinnige Gedanken oder Handlungen, auch wenn mir das nicht immer gelingt.	0	1	2	3	4
(11) Ich leide unter quälenden, sinnlosen Gedanken oder Handlungen, die mein normales Leben beeinträchtigen.	0	1	2	3	4
(12) Ich habe das Bedürfnis, wegen unerklärlichen körperlichen Beschwerden zum Arzt zu gehen.	0	1	2	3	4
(13) Ich leide unter der ständigen quälenden Sorge, körperlich krank zu sein.	0	1	2	3	4
(14) Verschiedene Ärzte versichern mir, dass ich keine ernsthafte körperliche Erkrankung habe, doch es fällt mir schwer, ihnen zu glauben.	0	1	2	3	4
(15) Ich kontrolliere mein Gewicht durch kalorienarmes Essen oder Erbrechen oder Medikamente (z.B. Abführmittel) oder ausgedehnten Sport.	0	1	2	3	4
(16) Viele meiner Gedanken kreisen um das Essen, und ich habe ständig Angst, Gewicht zuzunehmen.	0	1	2	3	4
(17) Ich beschäftige mich viel damit, wie ich Gewicht abnehmen kann.	0	1	2	3	4
(18) Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren.	0	1	2	3	4
(19) Ich denke darüber nach, mich umzubringen.	0	1	2	3	4
(20) Ich habe Schlafprobleme.	0	1	2	3	4
(21) Ich habe einen schlechten Appetit.	0	1	2	3	4

Wird nicht mitgesendet!!!

1

Katamnese

Psychosomatische Abteilung Donaustauf

Vorstellung:

- 1) Nicht mit Titel oder Institutionsangabe vorstellen, sondern zuerst nur mit Nachnamen;
- 2) Nachfrage unter Verwendung des Vornamens, ob es wirklich auch die Vpn ist (Geheimhaltung signalisieren), erst wenn dies sichergestellt ist, vollständige stationäre Behandlung; Wir hätten eine große Bitte an Sie: Können Sie sich erinnern, dass Sie bei uns eine Behandlung durchführten? Dürften wir Sie jetzt bitten, uns telefonisch ein paar Fragen zu beantworten.
 - a) Anonymität garantieren;
 - b) Wenn Vpn's es thematisieren: letzte Erhebung.
- 3) Ziele des Projekts vorstellen: Wir wollen von Ihnen lernen.
 - a) Qualitätssicherung: Befragung über die Zufriedenheit mit der Behandlung in unserer Klinik
 - b) Wir interessieren uns dafür, wie es den Personen, die von uns behandelt wurden ergangen ist.

PBN: Name: _____

Pbn-Nr. _____

Datum der Kontaktversuche:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

Bei Teilnahmeverweigerung: mögliche Gründe? (offene Fragen):

Wird nicht mitgesendet!!!

2

Fragen:

1. ZUFRIEDENHEIT

~~Ärztliche Mittelschulung~~

A) Wenn Sie Ihre damalige Behandlung in unserer Abteilung wie in der Schule mit einer Schulnote (d. h., die Note 1-6) benoten müssten, welche Note würden Sie vergeben? _

B) Offene Fragen:

a) Fanden Sie etwas besonders gut?

b) Was würden Sie anders machen?

2. Ist es Ihnen in der Zwischenzeit einmal (oder mehrmals) so schlecht ergangen wie damals bevor Sie bei uns waren?

☐ keinmal

☐ einmal

☐ mehrmals: wie oft _____

Was haben Sie dann gemacht?

Weiterbehandlungen (Mehrfachnennung möglich) bzgl. Der Symptomatik, der Sie in die in unser Krankenhaus führte.

wenn ja, warum:

☐ nicht notwendig

☐ kein Behandler gefunden

☐ sonstiges: _____

Haben Sie nach unserem Aufenthalt Medikamente wegen der Symptome eingenommen?

Wird nicht mitgesendet!!!

3

Medikament	Dosierung	von x bis x

Psychotherapeutische Weiterbehandlung

Hat es was gebracht?

- ☐ sehr geholfen
- ☐ geholfen
- ☐ gleich geblieben
- ☐ verschlechtert
- ☐ sehr verschlechtert

Nebenwirkungen:

- ☐ keine
- ☐ etwas
- ☐ sehr

Welche? _____

Für jedes Medikament fragen

☐ ambulant ☐ wann begonnen: _____

Hat es was gebracht?

- ☐ sehr geholfen
- ☐ geholfen
- ☐ gleich geblieben
- ☐ verschlechtert
- ☐ sehr verschlechtert

☐ stationär von _____ bis _____ Klinik _____

von _____ bis _____ Klinik _____

von _____ bis _____ Klinik _____

Hat es was gebracht?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> sehr geholfen | <input type="checkbox"/> sehr geholfen | <input type="checkbox"/> sehr geholfen |
| <input type="checkbox"/> geholfen | <input type="checkbox"/> geholfen | <input type="checkbox"/> geholfen |

Wird nicht mitgesendet!!!

4

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> gleich geblieben | <input type="checkbox"/> gleich geblieben | <input type="checkbox"/> gleich geblieben |
| <input type="checkbox"/> verschlechtert | <input type="checkbox"/> verschlechtert | <input type="checkbox"/> verschlechtert |
| <input type="checkbox"/> sehr verschlechtert | <input type="checkbox"/> sehr verschlechtert | <input type="checkbox"/> sehr verschlechtert |

Sonstige Weiterbehandlungen

Für jeden Aufenthalt angeben!!!

3. Im Vergleich zu damals, als Sie in die Klinik kamen, wie geht es Ihnen?

- ☐ besser
- ☐ konstant/gleichbleibend
- ☐ schlechter

Wenn Psychotherapie begonnen:

Wie hat sich die Psychotherapie auf Ihre jetzige Befindlichkeit ausgewirkt? Was hat die Therapie Ihnen gebracht? (Offene Frage)

Nun zuletzt: Dürften wir Ihnen ein paar Fragebogen zusenden und Sie bitten diese auszufüllen und im frankierten Rückumschlag an uns zurückzuschicken? Wegen der Anonymität werden wir nur eine Nummer auf die Fragebogen schreiben – bitte schreiben Sie keinen Namen, etc. darauf... Falls wir in den nächsten Wochen nichts von Ihnen hören, dürfte ich Sie wieder diskret telefonisch daran erinnern?

☐ Ja

☐ Nein

Grüner Balken: Muss: SCL, VEV, der Rest bitte

Teil 2 / Skalen: a) SCL-90-R a) VEV b) IIP c) IPC??? d) GT???

4. Welche Schulbildung haben Sie,

- ☐ Volksschule/Hauptschule
- ☐ mittlere Reife (Realschule, Wirtschaftsschule)
- ☐ Abitur/Fachabitur

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und alles, alles Gute für die Zukunft!!!

Erleben und Verhalten - Veränderungsfragebogen -

Code: _____ Datum: _____

Beschreibung:

Bitte stellen Sie sich den Zeitpunkt vor 1 Jahr vor.

Überlegen Sie, was Sie zu diesem Zeitpunkt machten und wie Sie sich fühlten. Überblicken Sie bitte nunmehr immer den Zeitraum von Ihrem stationären Aufenthalt bei uns vor einem Jahr bis heute.

Bitte prüfen Sie bei den nachfolgenden Fragen immer ob sich bei Ihnen innerhalb dieses Zeitraumes eine Änderung in die eine oder andere Richtung vollzogen hat. Das Ausmaß der Änderung geben Sie bitte durch Ankreuzen einer Zahl an.

Hier ein Beispiel:

Änderung						
in gleicher Richtung		keine		in entgegengesetzter Richtung		
+3	+2	+1	0	-1	-2	-3

Ich bin ruhiger geworden.	+3	+2	+1	<input checked="" type="checkbox"/> 0	-1	-2	-3
---------------------------	----	----	----	---------------------------------------	----	----	----

Wenn Sie innerhalb des Zeitraums **keine Änderung** erlebt haben, wenn Sie also weder ruhiger noch unruhiger geworden sind, durchkreuzen Sie bitte die 0 (wie hier in diesem Beispiel).

Wenn Sie eine **starke Änderung** in **entgegengesetzter Richtung** erlebt haben, wenn Sie also während des Zeitraums unruhiger geworden sind, durchkreuzen Sie bitte die -3.

Wenn Sie eine **starke Änderung** in die **gleiche Richtung** erlebt haben, wenn Sie also während des Zeitraumes ruhiger geworden sind, durchkreuzen Sie bitte die +3.

Beantworten Sie bitte zügig und spontan alle Fragen!

Änderung						
in gleicher Richtung	keine			in entgegengesetzter Richtung		
+3	+2	+1	0	-1	-2	-3

1.	Ich fühle mich weniger gehetzt.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
2.	Ich rege mich über viele Dinge nicht mehr auf.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
3.	Ich weiß jetzt eher, was ich tun will und tun kann.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
4.	Ich habe jetzt das Gefühl, in einer Sackgasse zu stecken, aus der ich nicht herauskomme.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
5.	Das Leben hat für mich keinen rechten Inhalt mehr.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
6.	Ich bin mit mir zufrieden und mache mir weniger Gedanken über mich selbst.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
7.	Ich sehe Schwierigkeiten gelassener entgegen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
8.	Ich bin innerlich ruhiger geworden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
9.	Alle Dinge haben jetzt Bedeutung und Leben für mich.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
10.	Ich habe weniger Ausdauer und gebe schneller auf.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
11.	Ich bin heiterer geworden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
12.	Meine Stimmungen schwanken jetzt stärker als früher.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
13.	Ich fühle mich unabhängiger von anderen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
14.	Ich leide nicht mehr unter meiner Unsicherheit.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
15.	Im Umgang mit anderen Menschen bin ich ruhiger geworden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
16.	Ich fühle mich weniger beunruhigt, wenn ich an die Zukunft denke.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
17.	Diese quälende Ungewissheit ist stärker geworden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
18.	Unerwartete Ereignisse nehme ich gelassener hin.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
19.	Ich fühle mich stärker isoliert als früher.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
20.	Ich weiß jetzt manchmal nicht mehr, wie es weitergehen soll.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
21.	Ich kann es noch nicht verstehen, aber es geht mir seit einiger Zeit besser.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3

Änderung								
		in gleicher Richtung			keine		in entgegengesetzter Richtung	
		+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
22.	Ich kann jetzt freier sprechen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
23.	Ich habe weniger Selbstvertrauen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
24.	Irgendwie sehe ich wieder mehr Sinn in meinem Leben.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
25.	Ich fühle mich freier	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
26.	Mit Personen des anderen Geschlechts kann ich schlechter Kontakt aufnehmen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
27.	Meine Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen haben zugenommen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
28.	Ich bin häufiger niedergestimmt.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
29.	Ich fühle mich meinen Aufgaben nicht mehr gewachsen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
30.	Ich bin entspannter.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
31.	Ich fühle mich ruhiger und ausgeglichener.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
32.	Ich habe ein klareres Bild von mir und meiner Zukunft.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
33.	Irgendwie bin ich froh und sehe die Dinge optimistischer.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
34.	Ich glaube, dass ich jetzt eher weiß, was für mich wichtig ist.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
35.	Ich kann mich jetzt mit meinen Problemen besser abfinden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
36.	Im Gespräch mit anderen fühle ich mich nicht mehr so unsicher.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
37.	Ich komme mit mir selbst schlechter aus.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
38.	Ich kann das Ungemach des alltäglichen Lebens besser ertragen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
39.	Ich habe keine Angst mehr, in einer Sache zu versagen, die mir gelingen soll.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
40.	Es macht mich nicht mehr so unsicher, wenn sich ein anderer mir gegenüber selbstbewusst gibt.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
41.	Ich liege nicht mehr im Kriegszustand mit mir selbst.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
42.	Ich habe immer größere Schwierigkeiten, mich mit anderen Menschen zu unterhalten.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3

Überprüfen Sie bitte, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.

Summe:

Code: _____

Datum: _____

1.	Ich habe den Eindruck ich bin eher ungeduldig.	3 2 1 0 1 2 3	...eher geduldig.
2.	Ich glaube, ich suche eher...	3 2 1 0 1 2 3	...ich meide eher Geselligkeit.
3.	Ich schätze, ich lege es eher darauf an, andere zu lenken.	3 2 1 0 1 2 3	...von anderen gelenkt zu werden.
4.	Ich glaube, eine Änderung meiner äußeren Lebensbedingungen würde meine seelische Verfassung sehr stark beeinflussen.	3 2 1 0 1 2 3	...sehr wenig beeinflussen.
5.	Ich habe den Eindruck, dass ich mir eher selten...	3 2 1 0 1 2 3	...eher besonders häufig über meine Inneren Probleme Gedanken mache.
6.	Ich schätze, dass ich eher dazu neige, meinen Ärger in mich hineinzufressen.	3 2 1 0 1 2 3	...meinen Ärger irgendwie abzureagieren.
7.	Ich habe den Eindruck, ich bin sehr stark.	3 2 1 0 1 2 3	...kaum daran interessiert, andere zu übertreffen.
8.	Ich halte mich für sehr wenig ängstlich.	3 2 1 0 1 2 3	...besonders ängstlich.
9.	Ich habe den Eindruck, dass andere mit meiner Arbeitsleistung im Allgemeinen eher besonders zufrieden...	3 2 1 0 1 2 3	...eher unzufrieden sind.
10.	Ich glaube, ich habe zu anderen Menschen eher besonders viel...	3 2 1 0 1 2 3	...besonders wenig Vertrauen.
11.	Ich habe den Eindruck, ich zeige sehr viel...	3 2 1 0 1 2 3	...sehr wenig von meinen Bedürfnissen nach Liebe.
12.	Ich glaube, ich meide eher...	3 2 1 0 1 2 3	...suche eher sehr engen Anschluss an einen anderen Menschen.
13.	Ich glaube, ich kann im Vergleich zu anderen eher gut...	3 2 1 0 1 2 3	...eher schlecht mit Geld umgehen.

14.	Ich halte mich selten...	3 2 1 0 1 2 3	...oft für sehr bedrückt.
15.	Ich habe den Eindruck, ich gebe im Allgemeinen viel...	3 2 1 0 1 2 3	...sehr wenig von mir preis.
16.	Ich schätze, es gelingt mir eher schwer...	3 2 1 0 1 2 3	...eher leicht, mich beliebt zu machen.
17.	Ich glaube, ich habe es eher leicht...	3 2 1 0 1 2 3	...eher schwer, mich für lange Zeit an einen anderen Menschen zu binden.
18.	Ich glaube, ich bin mit der Wahrheit eher großzügig.	3 2 1 0 1 2 3	...eher übergenu.
19.	Ich habe den Eindruck, ich gehe eher leicht...	3 2 1 0 1 2 3	...eher schwer aus mir heraus.
20.	Ich glaube, im Vergleich zu meinen Altersgenossen wirke ich in meinem Benehmen eher jünger.	3 2 1 0 1 2 3	...eher älter.
21.	Ich habe den Eindruck, ich bin eher sehr wenig ordentlich.	3 2 1 0 1 2 3	...eher überordentlich.
22.	Ich schätze, ich gerate besonders häufig...	3 2 1 0 1 2 3	...besonders selten in Auseinandersetzungen mit anderen Menschen
23.	Ich glaube, ich bin eher darauf eingestellt, dass man mich für minderwertig...	3 2 1 0 1 2 3	...für wertvoll hält.
24.	Ich habe den Eindruck, ich schaffe mir im Leben eher besonders viel Mühe...	3 2 1 0 1 2 3	...eher Bequemlichkeit.
25.	Ich denke, ich fühle mich den anderen Menschen eher sehr fern.	3 2 1 0 1 2 3	...eher sehr nahe.
26.	Ich glaube, ich habe im Vergleich zu anderen eher besonders viel...	3 2 1 0 1 2 3	...eher wenig Phantasie.
27.	Ich glaube, ich lege kaum...	3 2 1 0 1 2 3	...sehr viel Wert darauf, schön auszusehen.
28.	Ich habe den Eindruck, es fällt mir eher schwer...	3 2 1 0 1 2 3	...eher leicht, mit anderen eng zusammenzuarbeiten.
29.	Ich denke, ich mache mir selten...	3 2 1 0 1 2 3	...immer Selbstvorwürfe.
30.	Ich glaube, ich kann einem Partner außerordentlich viel...	3 2 1 0 1 2 3	...wenig Liebe schenken.
31.	Ich glaube, ich benehme mich im Vergleich zu anderen besonders fügsam.	3 2 1 0 1 2 3	...besonders eigensinnig.

32.	Ich glaube, ich mache mir verhältnismäßig selten...	3 2 1 0 1 2 3	...verhältnismäßig oft große Sorgen um andere Menschen.
33.	Ich habe den Eindruck, es gelingt mir eher schlecht...	3 2 1 0 1 2 3	...eher gut, meine Interessen im Lebenskampf durchzusetzen.
34.	Ich glaube, ich bin im Vergleich zu anderen in der Liebe intensiv...	3 2 1 0 1 2 3	...wenig erlebnisfähig.
35.	Ich denke, ich habe sehr gute...	3 2 1 0 1 2 3	...sehr schlechte schauspielerische Fähigkeiten.
36.	Ich glaube, dass man mich im Allgemeinen eher als stark...	3 2 1 0 1 2 3	...eher als schwach einschätzt.
37.	Ich habe den Eindruck, ich habe es eher schwer...	3 2 1 0 1 2 3	...sehr leicht, auf andere anziehend zu wirken.
38.	Ich glaube, ich habe es im Vergleich zu Anderen eher leicht...	3 2 1 0 1 2 3	...eher schwer, bei einer Sache zu bleiben.
39.	Ich glaube, ich kann sehr schwer...	3 2 1 0 1 2 3	...sehr leicht ausgelassen sein.
40.	Ich fühle mich im Umgang mit dem anderen Geschlecht unbefangen	3 2 1 0 1 2 3	...sehr befangen.

Code: _____ Datum: _____

Sie finden auf den folgenden Seiten eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie **während der vergangenen sieben Tage bis heute** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.

Bitte beantworten Sie jede Frage!

Beispiel:

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
①	①	②	③	④

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...

Rückenschmerzen	①	①	②	③	④
-----------------	---	---	---	--------------	---

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
①	①	②	③	④

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...

1.	Kopfschmerzen	①	①	②	③	④
2.	Nervosität oder innerem Zittern	①	①	②	③	④
3.	immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worte oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen.	①	①	②	③	④
4.	Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	①	①	②	③	④
5.	Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	①	①	②	③	④
6.	allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	①	①	②	③	④
7.	der Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	①	①	②	③	④
8.	dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind.	①	①	②	③	④
9.	Gedächtnisschwierigkeiten	①	①	②	③	④
10.	Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	①	①	②	③	④
11.	dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein	①	①	②	③	④
12.	Herz- und Brustschmerzen	①	①	②	③	④
13.	Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	①	①	②	③	④
14.	Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	①	①	②	③	④
15.	Gedanken, sich das Leben zu nehmen	①	①	②	③	④
16.	Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	①	①	②	③	④
17.	Zittern	①	①	②	③	④
18.	dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	①	①	②	③	④
19.	schlechtem Appetit	①	①	②	③	④
20.	Neigung zum Weinen	①	①	②	③	④
21.	Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	①	①	②	③	④
22.	der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	①	①	②	③	④
23.	Plötzlich Erschrecken ohne Grund	①	①	②	③	④
24.	Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	①	①	②	③	④
25.	Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	①	①	②	③	④

26.	Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	0	1	2	3	4
27.	Kreuzschmerzen	0	1	2	3	4
28.	Dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen	0	1	2	3	4
29.	Einsamkeit	0	1	2	3	4
30.	Schwermut	0	1	2	3	4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...

31.	dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	0	1	2	3	4
32.	dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0	1	2	3	4
33.	Furchtsamkeit	0	1	2	3	4
34.	Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	0	1	2	3	4
35.	der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	0	1	2	3	4
36.	dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	0	1	2	3	4
37.	dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	0	1	2	3	4
38.	der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig ist	0	1	2	3	4
39.	Herzklopfen oder Herzhagen	0	1	2	3	4
40.	Übelkeit oder Magenverstimmung	0	1	2	3	4
41.	Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	0	1	2	3	4
42.	Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	0	1	2	3	4
43.	dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	0	1	2	3	4
44.	Einschlafschwierigkeiten	0	1	2	3	4
45.	dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	0	1	2	3	4
46.	Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	0	1	2	3	4
47.	Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	0	1	2	3	4
48.	Schwierigkeiten beim Atmen	0	1	2	3	4
49.	Hitzewallungen oder Kälteschauern	0	1	2	3	4
50.	der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	0	1	2	3	4
51.	Leere im Kopf	0	1	2	3	4
52.	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
53.	dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	0	1	2	3	4

54.	einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	①	①	②	③	④
55.	Konzentrationschwierigkeiten	①	①	②	③	④
56.	Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	①	①	②	③	④
57.	dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	①	①	②	③	④
58.	Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	①	①	②	③	④
59.	Gedanken an den Tod und ans Sterben	①	①	②	③	④
60.	dem Drang, sich zu überessen	①	①	②	③	④

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...

61.	einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	①	①	②	③	④
62.	dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	①	①	②	③	④
63.	dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	①	①	②	③	④
64.	frühem Erwachen am Morgen	①	①	②	③	④
65.	zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen	①	①	②	③	④
66.	unruhigem oder gestörtem Schlaf	①	①	②	③	④
67.	dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	①	①	②	③	④
68.	Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	①	①	②	③	④
69.	starker Befangenheit im Umgang mit anderen	①	①	②	③	④
70.	Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino	①	①	②	③	④
71.	einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist	①	①	②	③	④
72.	Schreck- und Panikanfällen	①	①	②	③	④
73.	Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	①	①	②	③	④
74.	der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	①	①	②	③	④
75.	Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	①	①	②	③	④
76.	Mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	①	①	②	③	④
77.	Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	①	①	②	③	④
78.	so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	①	①	②	③	④
79.	dem Gefühl, wertlos zu sein	①	①	②	③	④
80.	dem Gefühl, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	①	①	②	③	④
81.	dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	①	①	②	③	④

82.	der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	①	①	②	③	④
83.	dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	①	①	②	③	④
84.	sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	①	①	②	③	④
85.	dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	①	①	②	③	④
86.	schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen	①	①	②	③	④
87.	dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	①	①	②	③	④
88.	dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	①	①	②	③	④
89.	Schuldgefühlen	①	①	②	③	④
90.	Dem Gedanken, dass irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	①	①	②	③	④

Code: _____ Datum: _____

Nachfolgend finden Sie eine Liste von Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit Beziehungen zu anderen berichtet werden. Bitte lesen Sie diese Liste durch und überlegen Sie, ob die einzelnen Schwierigkeiten für Sie ein Problem darstellten und zwar bezogen auf **irgendeine** Person, die in Ihrem Leben eine bedeutsame Rolle spielte. Kreuzen Sie bitte für jedes Problem die Ziffer an, die beschreibt, wie sehr Sie darunter gelitten haben.

Beispiel:

Wie sehr haben Sie unter diesem Problem gelitten?

Es fällt mir schwer...

	nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
0. mit meinen Angehörigen zurechtzukommen _____	0	1	2	3	4

Teil I. Die nachstehenden Aspekte können im Umgang mit anderen schwierig sein.

Es fällt mir schwer...

1. mit meinen Angehörigen zurechtzukommen.....	0	1	2	3	4
2. anderen gegenüber „Nein“ zu sagen.....	0	1	2	3	4
3. mich Gruppen anzuschließen.....	0	1	2	3	4
4. bestimmte Dinge für mich zu behalten.....	0	1	2	3	4
5. andere wissen zu lassen, was ich will.....	0	1	2	3	4
6. jemandem zu sagen, dass er mich nicht weiter belästigen soll.....	0	1	2	3	4
7. mich fremden Menschen vorzustellen.....	0	1	2	3	4
8. andere mit anstehenden Problemen zu konfrontieren.....	0	1	2	3	4
9. mich gegenüber jemand anderem zu behaupten.....	0	1	2	3	4
10. andere wissen zu lassen, dass ich wütend bin.....	0	1	2	3	4
11. eine langfristige Verpflichtung gegenüber anderen einzugehen....	0	1	2	3	4
12. jemandem gegenüber die „Chef-Rolle“ einzunehmen.....	0	1	2	3	4
13. anderen gegenüber aggressiv zu sein, wenn die Lage es erfordert	0	1	2	3	4
14. mit anderen etwas zu unternehmen.....	0	1	2	3	4
15. anderen Menschen meine Zuneigung zu zeigen.....	0	1	2	3	4
16. mit anderen zurechtzukommen.....	0	1	2	3	4
17. die Ansichten eines anderen zu verstehen.....	0	1	2	3	4
18. meine Gefühle anderen gegenüber frei heraus zu äußern.....	0	1	2	3	4
19. wenn nötig, standfest zu sein.....	0	1	2	3	4
20. ein Gefühl von Liebe für jemanden zu empfinden.....	0	1	2	3	4
21. anderen Grenzen zu setzen.....	0	1	2	3	4

☐ PA
 ☐ BC
 ☐ DE
 ☐ FG
 ☐ HI
 ☐ JK
 ☐ LM
 ☐ NO

Es fällt mir schwer...

22. jemand anderen in seinen Lebenszielen zu unterstützen.....	0	1	2	3	4
23. mich anderen nahe zu fühlen.....	0	1	2	3	4
24. mich wirklich um die Probleme anderer zu kümmern.....	0	1	2	3	4
25. mich mit jemand anderem zu streiten.....	0	1	2	3	4
26. alleine zu sein.....	0	1	2	3	4
27. jemandem ein Geschenk zu machen.....	0	1	2	3	4
28. mir auch gegenüber den Menschen Ärger zu gestatten, die ich mag.....	0	1	2	3	4
29. die Bedürfnisse eines anderen über meine eigenen zu stellen.....	0	1	2	3	4
30. mich aus den Angelegenheiten anderer herauszuhalten.....	0	1	2	3	4
31. Anweisungen von Personen entgegenzunehmen, die mir vorgesetzt sind.....	0	1	2	3	4
32. mich über das Glück eines anderen Menschen zu freuen.....	0	1	2	3	4
33. andere zu bitten, mit mir etwas zu unternehmen.....	0	1	2	3	4
34. mich über andere zu ärgern.....	0	1	2	3	4
35. mich zu öffnen und meine Gefühle jemand anderem mitzuteilen.	0	1	2	3	4
36. jemand anderem zu verzeihen, nachdem ich ärgerlich war.....	0	1	2	3	4
37. mein eigenes Wohlergehen nicht aus dem Auge zu verlieren, wenn jemand anderes in Not ist.....	0	1	2	3	4
38. fest und bestimmt zu bleiben, ohne mich darum zu kümmern, ob ich die Gefühle anderer verletze	0	1	2	3	4
39. selbstbewusst zu sein, wenn ich mit anderen zusammen bin.....	0	1	2	3	4

☐ PA
 ☐ BC
 ☐ DE
 ☐ FG
 ☐ HI
 ☐ JK
 ☐ LM
 ☐ NO

Teil II. Die nachstehenden Aspekte kann man im Übermaß tun.

40. Ich streite mich zu viel mit anderen.....	0	1	2	3	4
41. Ich fühle mich zu sehr für die Lösung der Probleme anderer verantwortlich.....	0	1	2	3	4
42. Ich lasse mich zu leicht von anderen überreden.....	0	1	2	3	4
43. Ich öffne mich anderen zu sehr.....	0	1	2	3	4
44. Ich bin zu unabhängig.....	0	1	2	3	4
45. Ich bin gegenüber anderen zu aggressiv.....	0	1	2	3	4
46. Ich bemühe mich zu sehr, anderen zu gefallen.....	0	1	2	3	4
47. Ich spiele zu oft den Clown.....	0	1	2	3	4
48. Ich lege zu viel Wert darauf, beachtet zu werden.....	0	1	2	3	4
49. Ich vertraue anderen zu leicht.....	0	1	2	3	4
50. Ich bin zu sehr darauf aus, andere zu kontrollieren.....	0	1	2	3	4
51. Ich stelle zu oft die Bedürfnisse anderer über meine eigenen.....	0	1	2	3	4
52. Ich versuche zu sehr, andere zu verändern.....	0	1	2	3	4
53. Ich bin zu leichtgläubig.....	0	1	2	3	4
54. Ich bin anderen gegenüber zu großzügig.....	0	1	2	3	4
55. Ich habe vor anderen zu viel Angst.....	0	1	2	3	4
56. Ich bin anderen gegenüber zu misstrauisch.....	0	1	2	3	4
57. Ich beeinflusse andere zu sehr, um zu bekommen, was ich will...	0	1	2	3	4
58. Ich erzähle anderen zu oft persönliche Dinge.....	0	1	2	3	4
59. Ich streite zu oft mit anderen.....	0	1	2	3	4
60. Ich halte mir andere zu sehr auf Distanz.....	0	1	2	3	4
61. Ich lasse mich von anderen zu sehr ausnutzen.....	0	1	2	3	4
62. Ich bin vor anderen Menschen zu verlegen.....	0	1	2	3	4
63. Die Not eines anderen Menschen berührt mich zu sehr.....	0	1	2	3	4
64. Ich möchte mich zu sehr an anderen rächen.....	0	1	2	3	4

☐

PA

☐

BC

☐

DE

☐

FG

☐

HI

☐

JK

☐

LM

☐

NO

13.4 Die Art der Beendigung

Art der Beendigung	Erläuterung
Reguläre Entlassung	Bewilligungsrahmen einschließlich ggf. erforderlicher Verlängerung ausgeschöpft <i>oder</i> Bewilligungszeitraum nicht vollständig benötigt (BfA Definition, 1997)
vorzeitig durch Pat.	(gegen ärztlichen Rat)
vorzeitig durch Therapeut/ Klinik	(z.B. mangelnde Motivation und Kooperation)
disziplinarisch	
vorzeitig mit beiderseitigem Einverständnis	
vorzeitige Beendigung durch Kostenträger	
Verlegung/ Entlassung mit geplanter Wiederaufnahme	
Verlegung/Entlassung ohne geplante Wiederaufnahme	
Wechsel stationär/teilstationär/ambulant	
Spez. Forensik: in den Zwischenvollzug	
Spez. Forensik: wg. Aussichtslosigkeit	
Beurlaubung	
Entweichung	
verstorben aus natürlicher Ursache	
verstorben nach Suizidversuch	
verstorben nach Unfall/Fremdeinwirkung C/L-Mitbehandlung	
unbekannt/unklar	

13.5 Katamnese faktoren

Items des Faktors *Besserung/Verschlechterung nach stationärem Aufenthalt*

ichfühlemich	Ich fühle mich weniger gehetzt.
ichregemich	Ich rege mich über viele Dinge nicht mehr auf.
ichweißjetzt	Ich weiß jetzt eher, was ich tun will und tun kann.
ichhabejetzt	Ich habe jetzt das Gefühl, in einer Sackgasse zu stecken, aus der ich nicht herauskomme.
daslebenhat	Das Leben hat für mich keinen rechten Inhalt mehr.
ichbinmitmir	Ich bin mit mir zufrieden und mache mir weniger Gedanken über mich selbst.
ichseheSchw	Ich sehe Schwierigkeiten gelassener entgegen.
ichbininnerlich	Ich bin innerlich ruhiger geworden.
alleDingehabe	Alle Dinge haben jetzt Bedeutung und Leben für mich.
ichhabewenig	Ich habe weniger Ausdauer und gebe schneller auf.
ichbinheiterer	Ich bin heiterer geworden.
meineStimmung	Meine Stimmungen schwanken jetzt stärker als früher.
unsicher	Ich fühle mich unabhängiger von anderen.
ichleidenicht	Ich leide nicht mehr unter meiner Unsicherheit.
imUmgangmit	Im Umgang mit anderen Menschen bin ich ruhiger geworden.
wenigerbeunruhigt	Ich fühle mich weniger beunruhigt, wenn ich an die Zukunft denke.
diesequälende	Diese quälende Ungewissheit ist stärker geworden.
unerwartete	Unerwartete Ereignisse nehme ich gelassener hin.
isoliert	Ich fühle mich stärker isoliert als früher.
weitergehen	Ich weiß jetzt manchmal nicht mehr, wie es weitergehen soll.
ichkannes	Ich kann es noch nicht verstehen, aber es geht mir seit einiger Zeit besser.
ichkannjetztgreier	Ich kann jetzt freier sprechen.
wenigSelbstvertrauen	Ich habe weniger Selbstvertrauen.
irgentwiesehe	Irgendwie sehe ich wieder mehr Sinn in meinem Leben.
freier	Ich fühle mich freier
mitPersonen	Mit Personen des anderen Geschlechts kann ich schlechter Kontakt aufnehmen.
meineSchwier	Meine Schwierigkeiten im Umgang mit

	anderen Menschen haben zugenommen.
ich bin häufiger	Ich bin häufiger niedergestimmt.
Aufgaben	Ich fühle mich meinen Aufgaben nicht mehr gewachsen.
entspannter	Ich bin entspannter.
ruhiger	Ich fühle mich ruhiger und ausgeglichener.
klares Bild	Ich habe ein klareres Bild von mir und meiner Zukunft.
optimistischer	Irgendwie bin ich froh und sehe die Dinge optimistischer.
wichtig ist	Ich glaube, dass ich jetzt eher weiß, was für mich wichtig ist.
besser abfinden	Ich kann mich jetzt mit meinen Problemen besser abfinden.
im Gespräch	Im Gespräch mit anderen fühle ich mich nicht mehr so unsicher.
schlechter aus	Ich komme mit mir selbst schlechter aus.
ungemach	Ich kann das Ungemach des alltäglichen Lebens besser ertragen.
Versagensangst	Ich habe keine Angst mehr, in einer Sache zu versagen, die mir gelingen soll.
Es macht mir	Es macht mich nicht mehr so unsicher, wenn sich ein anderer mir gegenüber selbstbewusst gibt.
Kriegszustand	Ich liege nicht mehr im Kriegszustand mit mir selbst.
ich habe immer	Ich habe immer größere Schwierigkeiten, mich mit anderen Menschen zu unterhalten.

Items des Faktors *Positives Selbstbild*

unbefangen	Ich fühle mich im Umgang mit dem anderen Geschlecht unbefangen
sache bleiben	Ich glaube, ich habe es im Vergleich zu Anderen eher leicht bei einer Sache zu bleiben.
stark	Ich glaube, dass man mich im Allgemeinen eher als stark einschätzt
Schauspiel	Ich denke, ich habe sehr gute schauspielerische Fähigkeiten.
Liebe intensiv	Ich glaube, ich bin im Vergleich zu anderen in der Liebe intensiv erlebensfähig
Liebe	Ich glaube, ich kann einem Partner außerordentlich viel Liebe schenken
Selbstvorwürfe	Ich denke, ich mache mir selten Vorwürfe
schön aussehen	Ich glaube, ich lege kaum Wert darauf, schön auszusehen.
wenig Phantasie	Ich glaube, ich habe im Vergleich zu anderen eher besonders viel Phantasie
schwer heraus	Ich habe den Eindruck, ich gehe eher leicht aus mir heraus.
binden	Ich glaube, ich habe es eher leicht mich für lange Zeit an einen anderen Menschen zu binden.

preisgeben	Ich habe den Eindruck, ich gebe im Allgemeinen viel von mir preis.
sehrbedrückt	Ich halte mich selten für sehr bedrückt.
Geldumgehen	Ich glaube, ich kann im Vergleich zu anderen eher gut mit Geld umgehen.
Bedürfnisnach	Ich habe den Eindruck, ich zeige sehr viel von meinen Bedürfnissen nach Liebe
Vertrauen	Ich glaube, ich habe zu anderen Menschen eher besonders viel vertrauen
arbeitsleistung	Ich habe den Eindruck, dass andere mit meiner Arbeitsleistung im Allgemeinen eher besonders zufrieden sind
ichhalte mich	Ich halte mich für sehr wenig ängstlich.
sehrstark	Ich habe den Eindruck, ich bin sehr stark.
Eindruck	Ich habe den Eindruck, dass ich mir eher selten über meine inneren Probleme Gedanken mache
Lebensbedingungen	Ich glaube, eine Änderung meiner äußeren Lebensbedingungen würde meine seelische Verfassung sehr stark beeinflussen.
ichglaube	Ich glaube, ich suche eher Geselligkeit

Items des Faktors *Negatives Selbstbild*

ichhabeden	Ich habe den Eindruck ich bin eher ungeduldig.
ichschätze	Ich schätze, ich lege es eher darauf an, andere zu lenken.
ichschätzedass	Ich schätze, dass ich eher dazu neige, meinen Ärger in mich hineinzufressen.
Anschluss	Ich glaube, ich meide eher sehr engen Anschluss an einen anderen Menschen.
beliebtmachen	Ich schätze, es gelingt mir eher schwer mich beliebt zu machen.
älter	Ich glaube, im Vergleich zu meinen Altersgenossen wirke ich in meinem Benehmen eher jünger.
ordentlich	Ich habe den Eindruck, ich bin eher sehr wenig ordentlich.
Auseinandersetzungen	Ich schätze, ich gerate besonders häufig in Auseinandersetzungen mit anderen Menschen
minderwertig	Ich glaube, ich bin eher darauf eingestellt, dass man mich für minderwertig hält
vielMühe	Ich habe den Eindruck, ich schaffe mir im Leben eher besonders viel Mühe
sehrfern	Ich denke, ich fühle mich den anderen Menschen eher sehr fern.
zusammenarbeiten	Ich habe den Eindruck, es fällt mir eher schwer, mit anderen eng zusammenzuarbeiten.
fügsam	Ich glaube, ich benehme mich im Vergleich zu anderen besonders fügsam
verhältnismäßig	Ich glaube, ich mache mir verhältnismäßig selten große Sorgen um andere Menschen
Lebenskampf	Ich habe den Eindruck, es gelingt mir eher schlecht meine Interessen im Lebenskampf durchzusetzen.
anziehend	Ich habe den Eindruck, ich habe es eher schwer auf andere anziehend zu wirken.
ausgelassen	Ich glaube, ich kann sehr schwer ausgelassen sein.

Wahrheit	Ich glaube, ich bin mit der Wahrheit eher großzügig.
----------	--

Items des Faktors *Somatisierung*

Körper	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist
Ohnmacht	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen
Verminderung	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität
Herz	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Herz- und Brustschmerzen
zittern	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Zittern
Appetit	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter schlechtem Appetit
Kreuzschmerzen	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Kreuzschmerzen
Herzklopfen	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Herzklopfen oder Herzjagen
Übelkeit	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Übelkeit oder Magenverstimmung
Muskelschmerzen	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)
Atmen	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Schwierigkeiten beim Atmen
Hitzewallung	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Hitzewallungen oder Kälteschauern
Taubheit	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen
Kloß	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben
Schwäche	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen
Schweregefühl	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Schweregefühl in den Armen oder den Beinen
überessen	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter dem Drang, sich zu überessen
KopfSZ	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Kopfschmerzen
Ruhelosigkeit	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können

Items des Faktors *Angst*

Nervosität	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Nervosität oder innerem Zittern
allzukritisch	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter allzu

	kritischer Einstellung gegenüber anderen
Beunruhigung	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit
leichtreizbar	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein
Furcht	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße
nichttrauen	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann
Schüchternheit	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht
Befürchtung	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden
Erschrecken	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Plötzlich Erschrecken ohne Grund
Befürchtungen	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen
Furchtsamkeit	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Furchtsamkeit
Bus	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug
erschreckt	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden
gespannt	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein
Menschenmengen	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino
Schreck	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Schreck- und Panikanfällen
unruhe	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden
Öffentlichkeit	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen
schreckerregend	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter schreckerregenden Gedanken und Vorstellungen
zuvielAngst	Ich habe vor anderen zu viel Angst
Verstand	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter dem Gedanken, dass irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist
ausnutzen	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden
schlimmes	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter dem Gefühl, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird

Items des Faktors *Suizidgedanken/Todesgedanken*

suizid	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Gedanken, sich das Leben zu nehmen
Tod	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Gedanken an den Tod und ans Sterben

Items des Faktors *Zwang*

unangenehme	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worte oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen.
Wiederholung	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen
Notwendigkeit	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig ist
Zwang	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun

Items des Faktors *Depression*

Gedächtnis	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Gedächtnisschwierigkeiten
Energielosigkeit	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken
Weinen	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Neigung zum Weinen
Gefühlsausbrüchen	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren
Selbstvorwürfen	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge
anfangen	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas
Einsamkeit	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Einsamkeit
Schwermut	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Schwermut
vieleSorgen	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen
keinInteresse	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren
Verletzlichkeit	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Verletzlichkeit in Gefühlsdingen
teilnahmslos	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind
unfreundlich	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter dem

	Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können
Minderwert	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen
Einschlafprobleme	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Einschlafschwierigkeiten
entscheiden	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Schwierigkeiten, sich zu entscheiden
LeereimKopf	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Leere im Kopf
Hoffnungslosigkeit	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der ! Zukunft
Konzentration	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Konzentrationsschwierigkeiten
frühemErwachen	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter frühem Erwachen am Morgen
Schlaf	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter unruhigem oder gestörtem Schlaf
Befangenheit	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter starker Befangenheit im Umgang mit anderen
anstrengend	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist
einsamkeitsgefühl	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind
wertlos	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter dem Gefühl, wertlos zu sein
nachefühlen	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig i nahe fühlen zu können
Schuld	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Schuldgefühlen

Items des Faktors *Psychotisches Erleben*

derIdee	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter der Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat
Stimmenhören	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Hören von Stimmen, die sonst keiner hört
geheimsten	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen
beobachten	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden
unbehaglich	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden
auftauchen	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind
Anschauungen	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen

Sünden	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten
unbehagen	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit
Schwierigkeiten	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind.
Vorstellungen	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind

Items des Faktors *Aggressive Impulse*

Drang	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen
zerbrechen	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern
Erörterungen	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten
Bedürfnis	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen
rächen	Ich möchte mich zu sehr an anderen rächen
streitezuoft	Ich streite zu oft mit anderen
zuaggressiv	Ich bin gegenüber anderen zu aggressiv

Items des Faktors *Probleme im Erleben/Bewältigen des sozialen Umfelds und seiner Anforderungen*

Leistungen	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere
Angehörigen	Es fällt mir schwer mit meinen Angehörigen zurechtzukommen
Nein	Es fällt mir schwer anderen gegenüber „Nein“ zu sagen
Gruppen	Es fällt mir schwer mich Gruppen anzuschließen
Dinge	Es fällt mir schwer bestimmte Dinge für mich zu behalten
wissen	Es fällt mir schwer andere wissen zu lassen was ich will
belästigen	Es fällt mir schwer jemandem zu sagen, dass er mich nicht belästigen soll
fremden	Es fällt mir schwer mich fremden Menschen vorzustellen
Problemen	Es fällt mir schwer andere mit anstehenden Problemen zu konfrontieren
behaupten	Es fällt mir schwer mich gegenüber jemand anderen zu behaupten
wütend	Es fällt mir schwer andere wissen zu lassen, daß ich wütend bin
Verpflichtungen	Es fällt mir schwer eine langfristige Verpflichtung gegenüber anderen einzugehen

Chefrolle	Es fällt mir schwer jemandem gegenüber die „Chef-Rolle“ einzunehmen
aggressiv	Es fällt mir schwer anderen gegenüber aggressiv zu sein, wenn die Lage es erfordert
unternehmen	Es fällt mir schwer mit anderen etwas zu unternehmen
Zuneigung	Es fällt mir schwer anderen Menschen meine Zuneigung zu zeigen
zurechtkommen	Es fällt mir schwer mit anderen zurechtzukommen
verstehen	Es fällt mir schwer die Ansichten eines anderen zu verstehen
freiäußern	Es fällt mir schwer meine Gefühle anderen gegenüber frei heraus zu äußern
standfest	Es fällt mir schwer wenn nötig, standfest zu sein
GefühleLiebe	Es fällt mir schwer ein Gefühl von Liebe für jemand zu empfinden
Grenzen	Es fällt mir schwer anderen Grenzen zu setzen..
Lebensziele	Es fällt mir schwer jemand anderen in seinen Lebenszielen zu unterstützen
nahefühlen	Es fällt mir schwer mich anderen nahe zu fühlen
kümmern	Es fällt mir schwer mich wirklich um die Probleme anderer zu kümmern
streiten	Es fällt mir schwer mich mit jemand anderem zu streiten
alleinzusein	Es fällt mir schwer alleine zu sein
Geschenk	Es fällt mir schwer jemandem ein Geschenk zu machen
Ärger	Es fällt mir schwer mir auch gegenüber den Menschen Ärger zu gestatten, die ich mag
dieBedürfnisse	Es fällt mir schwer die Bedürfnisse eines anderen über meine eigenen zu stellen
Angelegenheiten	Es fällt mir schwer mich aus den Angelegenheiten anderer herauszuhalten
Anweisungen	Es fällt mir schwer Anweisungen von Personen entgegenzunehmen, die mir vorgesetzt sind
Glück	Es fällt mir schwer mich über das Glück eines anderen Menschen zu freuen
zuunternehmen	Es fällt mir schwer andere zu bitten, mit mir etwas zu unternehmen
ärgern	Es fällt mir schwer mich über andere zu ärgern
zuöffnen	Es fällt mir schwer mich zu öffnen und meine Gefühle jemand anderem mitzuteilen.
verzeihen	Es fällt mir schwer jemand anderem zu verzeihen, nachdem ich ärgerlich war
wohlergehen	Es fällt mir schwer mein eigenes Wohlergehen nicht aus dem Auge zu verlieren, wenn jemand anderes im Not ist
bestimmtbleiben	Es fällt mir schwer fest und bestimmt zu bleiben, ohne mich darum zu kümmern, ob ich die Gefühle anderer verletze
selbstbewußt	Es fällt mir schwer selbstbewusst zu sein, wenn ich mit anderen zusammen bin
ichstreite	Es fällt mir schwer
Lösung	Ich fühle mich zu sehr für die Lösung der Probleme anderer
überreden	Ich lasse mich zu leicht von anderen überreden
ichöffne	Ich öffne mich anderen zu sehr

unabhängig	Ich bin zu unabhängig
zugefallen	Ich bemühe mich zu sehr anderen zu gefallen
Clown	Ich spiele zu oft den Clown
beachtet	Ich lege zu viel Wert darauf, beachtet zu werden
vertraueleicht	Ich vertraue anderen zu leicht
kontrollieren	Ich bin zu sehr darauf aus, andere zu kontrollieren
übermeineeigene	Ich stelle zu oft die Bedürfnisse anderer über meine eigenen
zuverändern	Ich versuche zu sehr, andere zu verändern
leichtgläubig	Ich bin zu leichtgläubig
zugroßzügig	Ich bin anderen gegenüber zu großzügig
misstrauisch	Ich bin anderen gegenüber zu misstrauisch
beeinflusse	Ich beeinflusse andere zu sehr, um zu bekommen, was ich will
persönliche	Ich erzähle anderen zu oft persönliche Dinge
Distanz	Ich halte mir andere zu sehr auf Distanz
sehrausnutzen	Ich lasse mich von anderen zu sehr ausnutzen
zuverlegen	Ich bin vor anderen Menschen zu verlegen
dieNot	Die Not eines anderen Menschen berührt mich zu sehr

14. Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich diese Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Regensburg, den _____

Simon Rank

15. Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Professor Dr. Thomas Loew für die freundliche Überlassung des Themas, die hilfsbereite Unterstützung und bereichernden Anregungen.

Herrn Dr. Günther Hitpass danke ich herzlich für die Realisation der Datenerhebung in der Fachklinik St. Lukas und die freundliche Aufnahme und Unterstützung in seiner Abteilung.

Weiterhin wären wesentliche Teile dieser Arbeit nicht ohne die Unterstützung von Oberärztin Frau Rita Habegger und Schwester Bianca Biersack in der psychosomatischen Abteilung der Klinik Donaustauf möglich gewesen. Auch ihnen gilt mein besonderer Dank.

Frau Dipl.-Math. Laura Cojocaru danke ich für die Beratung zur Auswertung der Daten.

Schließlich danke ich allen Patienten, die an der Untersuchung teilgenommen haben und verbleibe in tiefem Respekt vor ihrer Kraft und ihrem Willen, unter oft widrigen Umständen das Beste aus ihrem Leben zu machen.